HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	Noviembre de 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	UCLB-0472-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-0472-2023	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA- DOCENTE PARA EL AREA DE ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITA	Fecha de suscripción:		28/09/2023
		Valor inicial:	$	12.297.700,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	12.297.700,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	12.297.700,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			323223	128723
			Fecha:	28/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A
		Aseguradora (Si aplica):		N/A
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		N/A
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JULIETA BARRERA CORONADO 28/09/2023
		Fecha de inicio de contrato		28/09/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			28/09/2023	31/12/2023
		Vigencia del Contrato:		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.E.: 320481		
ISABEL DEL PILAR DELGADO TAPIA	Dirección: Calle 175 No. 17a -11 Alameda Reservada Casa 33		
	Telefono: 3202350888		
	Cuenta Bancaria No. 048-517846-97		
	Banco: BANCOLOMBIA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 dias calendario

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA- DOCENTE PARA EL AREA DE ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	nov-23	N/A	$ 3.967.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 3.967.000,00
Saldo del contrato					$ 3.967.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$3.967.000,00
VALOR EN LETRAS :	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/11/15 y riesgos profesionales 2023/11/15 Planilla N° 9458396864 – correspondiente al mes de OCTUBRE 2023
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE 2023); así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 12.297.700,00	$ 8.330.700,00	$ 0,00	$ 3.967.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 12.297.700,00	$ 8.330.700,00	$ 0,00	$ 3.967.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	JULIETA BARRERA CORONADO
NUMERO DE CEDULA:	40.366.987 de Villavicencio (Meta)
FIRMA :	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		