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: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	NOVIEMBRE DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUCLB-0437-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-0951-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	27/10/2023	
		Valor inicial:	$ 20.020.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$ 3.080.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024	$ 16.940.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		Adiciones (Si aplica) :	$ -00	
		1-		
		2-	$ -00	
		3-	$ -00	
		4-	$ -00	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$ -00	
		1-	$ -00	
		2-	$ -00	
		3-	$ -00	
		4-	$ -00	
		Valor Total Contrato	$ 20.020.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			389023	134523
			Fecha:	31/10/2023
		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:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO - 01-11-	
		Fecha de inicio de contrato	01/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1018501120		
JARAMILLO NOGUERA DANIELA PAULINA		Dirección: TV 3 C No. 48 a 36		
		Teléfono: 3104218006		
		Cuenta Bancaria No. 0550488403664896		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días 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 $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		N/A	NOVIEMBRE		$ 1.540.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 1.540.000,00
Saldo del contrato					$ 18.480.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.540.000,00

VALOR EN LETRAS :	UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/07/11 y riesgos profesionales 2023/07/11, Planilla N° 9457842892 – correspondiente al mes de OCTUBRE de 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; así mismo certifico que el/la) contratista presentó 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 SATISFACCIÓN.

OBSERVACIONES

1

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 16.940.000,00	$ 0,00	$ 0,00	16.940.000,00
AÑO2023	$ 3.080.000,00	$ 1.540.000,00	$ 0,00	1.540.000,00
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
VALOR TOTAL	$ 20.020.000,00	$ 1.540.000,00	$ 0,00	18.480.000,00
	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.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO
NUMERO DE CEDULA:	52829476
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 Subdi

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	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	