HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	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 1

Fecha:	NOVIEMBRE DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0514-2023

1886/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	10/31/2023		
		Valor inicial:	$25.776.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023	$3.966.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 110	$21.810.000,00		
		VIGENCIA AÑO	$ NA		
		VIGENCIA AÑO	$ NA		
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-	$		
		2-	$		
		3-	$		
		4-	$		
		Reducciones :	$,00		
		1-			
		Valor Total	$25.776.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)	
			409123	99323	
			Fecha:	11/1/2023	
		Garantía Cumplimiento :	N/A		
		Aseguradora:	N/A		
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A		
		Fecha de la notificación del Supervisor:	01/11/2023		
		Fecha de Inicio :	01/11/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
			01/11/2023	31/10/2024	
		Vigencia del Contrato: 31/10/2024			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 38757165			
		Dirección: CRA 18 G # 73 BRR HOGARES DE SOHACHA TORRE 21 APTO. 604			
		Teléfono: 3124045587			
GALLEGO CARDONA LEYDY JOHANA		Cuenta Bancaria No. 0			
		Banco: DAVIVIENDA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
			X		

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°1886/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	NOVIEMBRE DE 2023		$1.983.000,00
Total del mes					**$1.983.000,00**
Saldo del contrato					**$23.793.000,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE NOVIEMBRE **$** ,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.983.000,00**
VALOR EN LETRAS	**UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales71354832 correspondiente al mes de OCTUBRE 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 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

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$3.966.000,00	$1.983.000,00	$,00	$1.983.000,00
AÑO 2024	$21.810.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$21.810.000,00
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	$25.776.000,00	$1.983.000,00	$,00	$23.793.000,00
	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Jefe Jannethe Novoa Cucarian** Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermeria Hospital Militar Central Supervisora Contrato
NUMERO DE CEDULA:	39.795.444
FIRMA :	

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		