

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 1	
Fecha:		DICIEMBRE DE 2023			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0432-2023

0837/2023	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:		10/24/2023			
		Valor inicial:		\$25.776.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2023		\$3.966.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF		\$21.810.000,00			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO					
		Adiciones :					
		1-		\$			
		2-		\$			
		3-		\$			
		4-		\$			
		Reducciones :		\$132.200,00			
		1-					
		Valor Total		\$25.776.000,00			
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)		
				376223	99323		
				Fecha:	10/30/2023		
		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: 1077970818					
QUICENO FIGUEREDO JOSE FERNEY		Dirección: CARRERA 17 BIS A 60 B 39 SUR					
		Teléfono: 3209142585					
		Cuenta Bancaria No. 4432007863					
		Banco: Banco Colpatria					
		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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°0837/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	DICIEMBRE DE 2023	NOCHE 1	\$1.983.000,00
Total del mes					\$1.983.000,00
Saldo del contrato					\$21.810.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE DICIEMBRE \$,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 profesionales8628053366 correspondiente al mes de NOVIEMBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de NOVIEMBRE); 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

OBSERVACIONESfaltante29/10/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$3.966.000,00	\$3.833.800,00	\$132.200,00	\$,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	\$3.833.800,00	\$132.200,00	\$21.810.000,00
	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 Enfermería Hospital Militar Central Supervisora Contrato 39.795.444
NUMERO DE CEDULA:	
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		