| 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: | DICIEMBRE DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | TIPO DE PROCESO | CONTRATACIÓN DIRECTA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUCLB-0406-2023 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UCLB-0535-2023 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Fecha de suscripción: | | 20/10/2023 |
| | | Valor inicial: | | $ 28.306.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | $ 4.356.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | $ 23.950.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO | | $ |
| | | VIGENCIA AÑO | | $ |
| | | VIGENCIA AÑO | | |
| | | Adiciones : | | $ 0,00 |
| | | 1- | | $ 0,00 |
| | | 2- | $ | |
| | | 3- | $ | |
| | | 4- | $ | |
| | | Reducciones y/o Liberaciones: | $ | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | $ | |
| | | 3- | $ | |
| | | 4- | $ | |
| | | Valor Total Contrato | | $ 28.306.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF: 337523 | Nº CDP (SIIF).: 131223 |
| | | | Fecha: 23/10/2023 | |
| | | Garantía Cumplimiento: N/A | | |
| | | Aseguradora: N/A | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía N/A | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: Dra. Marta Edy Ariza Mateus 22/11/2023 | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 01/11/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO: 01/11/2023 | FECHA DE TERMINACION: 31/10/2024 |
| | | Vigencia del Contrato: 12 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | NIT/ CC 52877390 | | |
|---|---|---|---|
| NAVARRETE TORRES KELLY JOHANA | Dirección: CLL 67 A #27-19 SUR | | |
| | Teléfono: 3203169909 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 451500036491 | | |
| | Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros: X | Corriente: |

**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 | 09 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| Descripción de Servicios a Recibir | Almacén que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO:PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | N/A | N/A | DICIEMBRE DE 2023 | N/A | $ 2.178.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | $ 2.178.000,00 |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 23.950.000,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | $ 2.178.000,00 |
| **VALOR EN LETRAS :** | **DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-12-12 y riesgos profesionales 2023-12-12 Planilla N° – 9459925489 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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 (NOVIEMBRE DE 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 | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| **AÑO 2024** | **$ 23.950.000,00** | **$ -** | **$ 0,00** | **$ 23.950.000,00** |
| **AÑO 2023** | **$ 4.356.000,00** | **$ 4.356.000,00** | **$ 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** | **$ 28.306.000,00** | **$ 4.356.000,00** | **$ 0,00** | **$ 23.950.000,00** |
| | **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:** | **Dra. Marta Edy Ariza Mateus** |
| **NUMERO DE CEDULA: 63.433.451** | |
| **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** | **X** | **1** |