| 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: | ENERO DE 2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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-0953-2023 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | Fecha de suscripción: | 30/10/2023 | |
| | | Valor inicial: | $ 20.020.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ 3.080.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 101524 | $ 16.940.000,00 | |
| | | 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 | $ 20.020.000,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 389223 | 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 - | |
| | | 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.: 1007519029 | | |
| MÁRQUEZ RAMÍREZ CAMILO ANDRÉS | | Dirección: Av. K70 #49-82 INT. 48 | | |
| | | Teléfono: 3012965678 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 91215920998 | | |
| | | Banco: BANCOLOMBIA | | |
| | | 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 | ENERO | | $ 1.694.000,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total del mes | | | | | $ 1.694.000,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 15.246.000,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $1.694.000,00 |
|---|---|

| VALOR EN LETRAS : | UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE |
|---|---|

**OTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/12/27 y riesgos profesionales 2023/12/27 Planilla N° 9460758402 – correspondiente al mes de DICIEMBRE de 2023. ı mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de DICIEMBRE ; así mismo certifico que el/la) ıntratista 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 )jeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.

**BSERVACIONES:**

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2024 | $ 16.940.000,00 | $ 1.694.000,00 | $ 0,00 | $ 15.246.000,00 |
| AÑO 2023 | $ 3.080.000,00 | $ 3.080.000,00 | $ 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 | $ 20.020.000,00 | $ 4.774.000,00 | $ 0,00 | $ 15.246.000,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

**)TA 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 |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **)MBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO** |
| **JMERO DE CEDULA:** | **52829476** |
| **RMA :** | |

**)TA 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 bdirector

| **RMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:** | **FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:** |
|---|---|

**)CUMENTOS 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 | |