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-0408-2023**

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-0562-2023	REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	Fecha de suscripción:		22/10/2023
		Valor inicial:		$ 38.256.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 5.886.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 32.370.000,00
		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		$ 38.256.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			340723	131223
			Fecha: 24/10/2023	
		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	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 12 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/ CC 52823174		
PERALTA RODRIGUEZ DIANA MARIA	Dirección: CRA 34 C NO 17 B 57 SUR		
	Teléfono: 7209095		
	Cuenta Bancaria No. 006000877461		
	Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.		
	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	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO:REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	N/A	N/A	DICIEMBRE DE 2023	N/A	$ 2.943.000,00
Total del mes					$ 2.943.000,00
Saldo del contrato					**$ 32.370.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$ 2.943.000,00
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-12-06 y riesgos profesionales 2023-12-06 Planilla N° – 9459522336 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	**$ 32.370.000,00**	**$ -**	**$ 0,00**	**$ 32.370.000,00**
AÑO 2023	**$ 5.886.000,00**	**$ 5.886.000,00**	**$ 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	**$ 38.256.000,00**	**$ 5.886.000,00**	**$ 0,00**	**$ 32.370.000,00**
	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**