

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:		ENERO DE 2024			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0504-23

1865/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/30/2023			
		Valor inicial:		\$51.564.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2023		\$7.934.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 83124		\$43.630.000,00			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO					
		Adiciones :					
		1-		\$			
		2-		\$			
		3-		\$			
		4-		\$			
		Reducciones :		\$,00			
		1-					
		Valor Total		\$51.564.000,00			
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)		
				396723	134023		
				Fecha:	10/31/2023		
		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: 1075664442					
GONZALEZ ZABALA FLOR MAYDE		Dirección: TRANSVERSAL 2 N 21- 85					
		Teléfono: 3115074808					
		Cuenta Bancaria No. 469470006252					
		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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°1865/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ENERO DE 2024	NOCHE 2	\$4.363.000,00
Total del mes					\$4.363.000,00
Saldo del contrato					\$39.267.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE ENERO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$4.363.000,00
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales9460929973correspondiente al mes de DICIEMBRE. En 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 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	\$7.934.000,00	\$7.934.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$43.630.000,00	\$4.363.000,00	\$,00	\$39.267.000,00
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	\$51.564.000,00	\$12.297.000,00	\$,00	\$39.267.000,00
	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:	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas
	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
	Servicio de Enfermería Supervisora Contrato
NÚMERO DE CÉDULA	37.948.181
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		