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-0432-2023

0836/2023	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 115824	$21.810.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$145.400,00	
		1-		
		Valor Total	$25.776.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			376123	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: 1005728500		
POLOCHE TIQUE YULY MARCELA		Dirección: CARRERA 88 BIS 3 -32		
		Teléfono: 3123692720		
		Cuenta Bancaria No. 08426115752		
		Banco: Bancolombia		
		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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°0836/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ENERO DE 2024	TARDE	$2.035.600,00
Total del mes					**$2.035.600,00**
Saldo del contrato					**$19.629.000,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE ENERO $145.400,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.035.600,00**
VALOR EN LETRAS	**DOS MILLONES TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales1059516957correspondiente 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

OBSERVACIONESfaltante17/12/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$3.966.000,00	$3.966.000,00	$,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00	$2.035.600,00	$145.400,00	$19.629.000,00
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	$6.001.600,00	$145.400,00	$19.629.000,00
	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
NUMERO DE CEDULA	37.948.181
FIRMA	María Claudia Gómez Zerdas Mayor Enfermera Jefe C.C. 37.948.181

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		