HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISION 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 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	PS-SECO-0033-2024

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
SP-SUAD-0033-2024	El Objeto: EL CONTRATISTA de manera independiente, sin subordinación jurídica ni vínculo laboral alguno con EL HOSPITAL, prestará sus servicios profesionales como: ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO, PUBLICO O SANCIONATORIO PARA APOYAR LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA HOMIL	Fecha de suscripción:		16/01/2024
		Valor inicial:	$	71.376.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	71.376.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		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	$	71.376.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			122224	121424
			Fecha:	16/01/2024
		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:	CT LUISA FERNANDA DÁVILA CARRILLO 24/01/2024	
		Fecha de inicio de contrato	16/01/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE
			16/01/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato: 12 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1.032.382.573		
SONIA YOLANDA LOZANO REINA		Dirección: Calle 7 a Bis c # 80ª -50 Apto 103 Torre A		
		Cuenta Bancaria No. 03127548560		
		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-	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
El Objeto: EL CONTRATISTA de manera independiente, sin subordinación jurídica ni vínculo laboral alguno con EL HOSPITAL, prestará sus servicios profesionales como: ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO, PUBLICO O SANCIONATORIO PARA APOYAR LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA HOMIL	N/A		ene-24	N/A	$ 5.948.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 5.948.000,00
Saldo del contrato					$ 65.428.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA	$5.948.000,00
VALOR EN LETRAS :	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/12/05 y riesgos profesionales 2023/12/05 Planilla N° 1058699578 Correspondiente al mes de DICIEMBRE 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 **DICIEMBRE 2023;** así mismo certifico que el/la) contratista 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 objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 71.376.000,00	$ 5.948.000,00	$ 0,00	$ 65.428.000,00
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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 71.376.000,00	$ 5.948.000,00	$ 0,00	$ 65.428.000,00
	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 $6,808,000 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: CAPITÁN LUISA FERNANDA DÁVILA CARRILLO

NUMERO DE CÉDULA: 1.093.743.725 de Los Patios - Norte de Santander

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	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	