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	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0566-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-1979-2023	AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA	Fecha de suscripción:			27/11/2023
		Valor inicial:	$		24.057.400,00
		VIGENCIA AÑO (2024) - 55324	$		21.810.000,00
		VIGENCIA AÑO (2023)	$		2.247.400,00
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		Adiciones (Si aplica) :	$		-
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$		145.400,00
		1-	$		145.400,00
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		23.912.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			456523		99323
			Fecha:		28/11/2023
		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:			Diana Parra Valencia . MD Fecha:28-11-23
		Fecha de inicio de contrato			28/11/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			28/11/2023		31/10/2024
		Vigencia del Contrato:12 Meses			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.:1019141540		
LAURA ISABEL GARCES HORTUA	Dirección: Calle 4 No.53C-59		
	Telefono:3160571831		
	Cuenta Bancaria No.849-702-15483		
	Banco: BanColombia		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS 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 $
AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA		N/A	ENERO DE 2024	N/A	$ 2.035.600,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 2.035.600,00
Saldo del contrato					$ 19.629.000,00

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

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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Aprox. adiciones en el valor	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 2.247.400,00	$ 2.247.400,00	$ 0,00	$ 0,00
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
VALOR TOTAL	$ 24.057.400,00	$ 4.283.000,00	$ 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Diana Parra Valencia. MD
NUMERO DE CEDULA:	52279725 de Bogotá
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

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	

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		