

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:	FEBRERO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0406-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-0507-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		20/10/2023	
		Valor inicial:		\$ 28.306.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023		\$ 4.356.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 9424		\$ 23.950.000,00	
		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		\$ 28.306.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N° CDP (SIIF).
				334723	131223
				Fecha: 23/10/2023	
		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 1069174981			
CALDERON CRUZ JOSE WILSON		Dirección: CLL 73 SUR 80 I 70			
		Teléfono: 3013068955			
		Cuenta Bancaria No. 458070018700			
		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: PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	FEBRERO DE 2024	N/A	\$ 2.395.000,00
Total del mes					\$ 2.395.000,00
Saldo del contrato					\$ 19.160.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$ 2.395.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-02-12 y riesgos profesionales 2024-02-12 Planilla N° - 1060215233 correspondiente al mes de ENERO DE 2024

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO DE 2024); 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	\$ 23.950.000,00	\$ 4.790.000,00	\$ 0,00	\$ 19.160.000,00
AÑO 2023	\$ 4.356.000,00	\$ 4.356.000,00	\$ 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	\$ 28.306.000,00	\$ 9.146.000,00	\$ 0,00	\$ 19.160.000,00
	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:	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