

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-0543-2023	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 22224 \$ 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).
				338323	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 51876507			
SANCHEZ CRUZ LUZ MARINA		Dirección: CR 54 167 56			
		Teléfono: 3144444832			
		Cuenta Bancaria No. 009470349193			
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
	X				

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.

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 2024-02-13 y riesgos profesionales 2024-02-13 Planilla N° – 7473741 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