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

2205123

Fecha:	NOVIEMBRE DEL 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0501-2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-1853-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO DE FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		31/10/2023
		Valor inicial:		29,900,000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)		4,600,000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2024)		25,300,000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato		29,900,000,000
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			42423	133823
			Fecha:	1/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		NA
		Aseguradora (Si aplica):		NA
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		NA
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JAVIER CARRANZA PEDRAZA
		Fecha de inicio de contrato		1/11/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			1/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 01/11/2023 – 31/10/2024 El presente Contrato de Prestación de Servicios tendrá una vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: CC 41,945,430		
Anny Rodriguez C. ANNY MELISSE RODRIGUEZ CABEZAS		Dirección: Kra 102 N°155-50 Arboleda del Pinar 1		
		Teléfono: 3188707620		
		Cuenta Bancaria No. 296254501		
		Banco: BOGOTA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.

05 DIC 2023 11:50

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO DE FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	NOVIEMBRE	N/A	$ 2.300.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 2.300.000,00**
Saldo del contrato					**$ 27.600.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.300.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**Dos millones trescientos mil pesos**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-10-08 y riesgos profesionales 2023-10-08 en la Planilla N° 9457968236– correspondiente al mes de OCTUBRE
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (OCTUBRE); 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.

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

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 4.600.000,00	$ 2.300.000,00	$ 0,00	$ 2.300.000,00
AÑO 2024	$ 25.300.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 25.300.000,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	29,900,000,00	$ 2,300,000,00	$ 0,00	$ 27.600.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**JAVIER CARRANZA PEDRAZA**
NUMERO DE CEDULA:	**79,818,435**
FIRMA :	

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		