

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:	FEBRERO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUCLB-0437-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
UCLB-0949-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	30/10/2023
		Valor inicial:	\$ 20.020.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	\$ 3.080.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	SIIF 101924 \$ 16.940.000,00
		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	\$ 20.020.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF 388823 N°CDP (SIIF). 134523
			Fecha: 31/10/2023
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:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO - 01-11-01/11/2023		
Fecha de inicio de contrato	FECHA DE INICIO 01/11/2023 FECHA DE TERMINACION 31/10/2024		
Plazo de ejecución			
Vigencia del Contrato: PLAZO DE EJECUCION Y 4 MESES MÁS			
Prorrogas:			
1-			
2-			
3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 1001047708		
ONSECA VELASCO ANYI LORENA	Dirección: CARRERA 8 ESTE No. 7ª10 SUR		
	Teléfono: 3133514458		
	Cuenta Bancaria No. 0550488419213571		
	Banco: DAVIVIENDA		
	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	08
		Página:	2 DE 2		

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		N/A	FEBRERO		\$ 1.694.000,00
total del mes					\$ 1.694.000,00
total del contrato					\$ 13.552.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA	\$1.694.000,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-02-02 y riesgos profesionales 2024-002-02. Planilla N° 1060243935 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 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:

1

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	\$ 16.940.000,00	\$ 3.388.000,00	\$ 0,00	\$ 13.552.000,00
AÑO 2023	\$ 3.080.000,00	\$ 3.080.000,00	\$ 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	\$ 20.020.000,00	\$ 6.468.000,00	\$ 0,00	\$ 13.552.000,00
	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:	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA
NUMERO DE CEDULA:	63.541.443
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	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	