| 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** | PRESTACION DE SERVICIOS | **TIPO DE PROCESO** | CONTRATACION DIRECTA | **N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL** | **CPSUCLB-0448-2023** |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1061/2023 | OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Fecha de suscripción: | | | 27/10/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | | 50.050.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO (2024) SIFF 104724 | $ | | 42.350.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO (2023) | $ | | 7.700.000,00 |
| | | 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 | $ | | 50.050.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). | |
| | | | 385923 | 131523 | |
| | | | Fecha: | 31/10/2023 | |
| | | 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: | | MARTHA LUCIA PINZON ALDANA 1/11/2023 | |
| | | 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: 12 meses | | | |
| | | Prorrogas: | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | | | |
| | | 3- | | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT/C.C.: 1.012.377.842 | | | |
| JENNIFFER ANDREA RAMIREZ ROMERO | | Dirección: Carrera 7 A # 12 – 38 sur | | | |
| | | Telefono: 3232252322 | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 0550488419632630 | | | |
| | | Banco: Davivienda | | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente | |
| | | | X | | |

**FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIOS**

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | O9 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| Descripción de Servicios a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | |
| | NA | | FEBRERO | | $ 4.235.000,00 |
| | | | | | $ - |
| **Total del mes** | | | | | **$ 4.235.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 33.880.000,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$4.235.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS /CTE** |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/02/15 Planilla N° 74256473 correspondiente al mes de ENERO.
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (ENERO); 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 (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| **AÑO 2024** | **$ 42.350.000,00** | **$ 8.470.000,00** | **$ 0,00** | **$ 33.880.000,00** |
| **AÑO 2023** | **$ 7.700.000,00** | **$ 7.700.000,00** | **$ 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** | **$ 50.050.000,00** | **$ 16.170.000,00** | **$ 0,00** | **$ 33.880.000,00** |
| | **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 |
| N/A | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **SMSM. MARTHA LUCIA PINZON ALDANA** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **20.423.092 de CAJICA** |
| **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 | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |