

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
<div></div>		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 1	
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-0463-2023

UCLB-1974/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 11/27/2023		
		Valor inicial: \$24.057.400,00		
		VIGENCIA AÑO 2023 \$2.247.400,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 58024 \$21.810.000,00		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1- \$		
		2- \$		
		3- \$		
		4- \$		
		Reducciones : \$,00		
		1-		
		Valor Total \$24.057.400,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			457323	99323
			Fecha:	11/27/2023
		Garantía Cumplimiento : N/A		
		Aseguradora: N/A		
		Fecha de aprobación de la Garantía: N/A		
		Fecha de la notificación del Supervisor: 27/11/2023		
		Fecha de Inicio : 27/11/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 31/10/2024		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1024484813		
		Dirección: calle 74 b bis a sur # 7 a 20		
		Teléfono: 3223626219		
		Cuenta Bancaria No. 083402172		
		Banco: BANCO BOGOTA		
MORENO LUCAS KAREN YULIETH		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°UCLB-1974/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	FEBRERO DE 2024		\$2.181.000,00
Total del mes					\$2.181.000,00
Saldo del contrato					\$17.448.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE FEBRERO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$2.181.000,00
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS

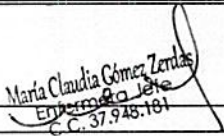
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales74312546correspondiente al mes de ENERO 2024 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ENERO 2024); así mismo certifico que el/la) 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:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$2.247.400,00	\$2.247.400,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00	\$4.362.000,00	\$,00	\$17.448.000,00
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	\$24.057.400,00	\$6.609.400,00	\$,00	\$17.448.000,00
	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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas
		Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato 37.948.181
NUMERO DE CEDULA:	C.C. 37.948.181	
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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		