

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:	MARZO 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-0508-2023	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 12424	\$ 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).
			334823	131223
			Fecha: 23/10/2023	
CAMACHO GONZALEZ NUBIA JEANET	RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	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-		
		NIT/ CC 35511692		
		Dirección: CR 70 22 75 MANZANA C INT 38 APTO 302		
		Teléfono: 3103328096-7223592		
		Cuenta Bancaria No. 4902024071		
		Banco: BANCO SCOTIABANK COLPATRIA		
		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	09
		Página:		2 DE 2	

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	MARZO DE 2024	N/A	\$ 2.395.000,00
Total del mes					\$ 2.395.000,00
Saldo del contrato					\$ 16.765.000,00

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 2024-03-01 y riesgos profesionales 2024-03-01 Planilla N° – 7915670983 correspondiente al mes de FEBRERO 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 (FEBRERO 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	\$ 7.185.000,00	\$ 0,00	\$ 16.765.000,00
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	\$ 11.541.000,00	\$ 0,00	\$ 16.765.000,00
	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