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 1

Fecha:	MARZO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0425-2023

UCLB-0801/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	10/23/2023	
		Valor inicial:	$51.564.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$7.934.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 84224	$43.630.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$3.305.359,00	
		1-		
		Valor Total	$51.564.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			365423	134023
			Fecha:	10/27/2023
		Garantía Cumplimiento :	N/A	
		Aseguradora:	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:	01/11/2023	
		Fecha de Inicio :	01/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 31/10/2024		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1072961019		
TORRES VALDERRAMA LEYDY JHOANA		Dirección: CARRERA 24 C N 54 60 SUR		
		Teléfono: 3134664899		
		Cuenta Bancaria No. 4,685000239e+011		
		Banco: DAVIVIENDA		
		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-0801/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	FEBRERO DE 2024	NOCHE 2	$2.181.495,00
Total del mes					**$2.181.495,00**
Saldo del contrato					**$34.904.010,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE FEBRERO **$2.181.495,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.181.495,00**
VALOR EN LETRAS	**DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales1061301473correspondiente 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: Suspensión por incapacidad de licencia de maternidad Del 16/02/2024 al 25/07/2024

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$7.934.000,00	$7.537.301,00	$396.699,00	$,00
AÑO 2024	$43.630.000,00	$5.817.330,00	$2.908.660,00	$34.904.010,00
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	$51.564.000,00	$13.354.631,00	$3.305.359,00	$34.904.010,00
	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

NUMERO DE CEDULA: 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		