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-0549-2023	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 7024		**$ 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).**
			338923	**131223**
			Fecha: 23/10/2023	
		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-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/ CC 1022438303		
ZAMORA PERALTA CAMILA	**Dirección: KRR 34C #17B-57 SUR**		
	Teléfono: 3209204677		
	Cuenta Bancaria No. 24124213784		
	Banco: BANCO CAJA SOCIAL		
	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° – 7914521178 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