| 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 | **Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL** | **CPSUCLB-0408-2023** |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UCLB-0552-2023 | REVISOR DE CUENTAS MEDICAS | Fecha de suscripción: | | 22/10/2023 |
| | | Valor inicial: | | $ 38.256.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | $ 5.886.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 23524 | | $ 32.370.000,00 |
| | | 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 | | $ 38.256.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF: 339923 | Nº CDP (SIIF).: 131223 |
| | | | Fecha: 24/10/2023 | |
| | | 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: 01/11/2023 | FECHA DE TERMINACION: 31/10/2024 |
| | | Vigencia del Contrato: 12 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | | |
|---|---|---|---|
| BERMUDEZ CHACON HARRY JOHAN | NIT/ CC 1072422320 | | |
| | Dirección: CLL 22 68 I 51 SUR | | |
| | Teléfono: 3058121012 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 008600733557 | | |
| | Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A. | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros: X | Corriente: |

**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:REVISOR DE CUENTAS MEDICAS | N/A | N/A | MARZO DE 2024 | N/A | **$ 3.237.000,00** |
| **Total del mes** | | | | | **$ 3.237.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 22.659.000,00** |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $ 3.237.000,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-03-13 y riesgos profesionales 2024-03-13 Planilla N° – 1061390949 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 | $ 32.370.000,00 | $ 9.711.000,00 | $ 0,00 | $ 22.659.000,00 |
| AÑO 2023 | $ 5.886.000,00 | $ 5.886.000,00 | $ 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 | $ 38.256.000,00 | $ 15.597.000,00 | $ 0,00 | $ 22.659.000,00 |
| | 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 |