

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 2

Fecha:	MARZO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUCLB-0437-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
UCLB-0947-2023	AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	30/10/2023
		Valor inicial:	\$ 20.020.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	\$ 3.080.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 102124	\$ 16.940.000,00
		VIGENCIA AÑO	
		VIGENCIA AÑO	
		VIGENCIA AÑO	
		Adiciones (Si aplica) :	
		1-	
		2-	
		3-	
		4-	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	
		1-	
		2-	
		3-	
		4-	
		Valor Total Contrato	\$ 20.020.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	
		SIIF	N°CDP (SIIF).
		388423	134523
		Fecha:	31/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A
		Aseguradora (Si aplica):	N/A
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO 01-11-2023
		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:	PLAZO DE EJECUCION Y 4 MESES MÁS
		1-	
		2-	
		3-	

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 53008577		
	Dirección: CALLE 77 No. 81 H SUR 20		
	Teléfono : 3138136570		
	Cuenta Bancaria No. 007-590-339-342		
	Banco: DAVIVIENDA		
CONTRERAS CONTRERAS HEIDY YOHANNA	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	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		N/A	MARZO		\$ 847.000,00
Total del mes					\$ 847.000,00
Saldo del contrato					\$ -

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$847.000,00
VALOR EN LETRAS :	OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS M/LCTE.

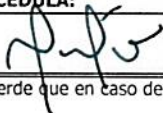
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-03-14 y riesgos profesionales 2024-03-14, Planilla N° 74904114 – correspondiente al mes de FEBRERO de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de FEBRERO de 2024, así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 SATISFACCIÓN.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	\$ 16.940.000,00	\$ 4.235.000,00	\$ 12.705.000,00	\$ 0,00
AÑO 2023	\$ 3.080.000,00	\$ 3.080.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 20.020.000,00	\$ 7.315.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA
NUMERO DE CEDULA:	63.541.443
IRMA :	

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

IRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:
------------------------------	-----------------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	NO	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	