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	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCL8-0501-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-1853-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		1/11/2023
		Valor inicial:	$	29.900.000
		VIGENCIA AÑO 2023	$	4.600.000
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 31224	$	25.300.000
		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	$	29.900.000
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			424223	133823 / 31224
			Fecha:	2/11/2023
		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:	DR. ALEXANDER RAMIREZ SANCHEZ	
		Fecha de inicio de contrato	2/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			2/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2023 HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2024 Y TENDRA UNA VIGENCIA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y CUATRO (4) MESES MAS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 41945430		
ANNY MELISSE RODRIGUEZ CABEZAS	Dirección: CARRERA 102 N° 155-50 ARBOLEDA DEL PINAR 1		
	telefono : 3188707620		
	Cuenta Bancaria No. 296254501		
	Banco: BOGOTA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS 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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL			MARZO DE 2024	NO APLICA	$ 2.530.000
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 2.530.000**
Saldo del contrato					**$ 17.710.000**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.530.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/03/11 y riesgos profesionales 2024/03/11 Planilla N° 9463313704 – 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 (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO2023	$ 4.600.000	$ 4.600.000	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 25.300.000,00	$ 7.590.000,00	$ 0,00	$ 17.710.000
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	$ 29.900.000,00	$ 12.190.000,00	$ 0,00	$ 17.710.000
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Dr. ALEXANDER RAMIREZ SANCHEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**79.384.568**
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