

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:	ABRIL DE 2024			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL
				CPSUCLB-0408-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-0563-2023	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 11824	\$ 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	N° CDP (SIIF).
				340823	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	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 1032367364			
RAMIREZ SANCHEZ DIANA MARIA		Dirección: cli 84 A BIS N 86 16			
		Teléfono: 5660014-3008860537			
		Cuenta Bancaria No. 450700092262			
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.			
		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 Ingresará	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
OBJETO:REVISOR DE CUENTAS MEDICAS	N/A	N/A	ABRIL DE 2024	N/A	\$ 3.237.000,00
Total del mes					\$ 3.237.000,00
Saldo del contrato					\$ 19.422.000,00

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 2024-04-12 y riesgos profesionales 2024-04-12 Planilla N° – 76047780 correspondiente al mes de MARZO 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 (MARZO 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	\$ 12.948.000,00	\$ 0,00	\$ 19.422.000,00
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
	\$ 38.256.000,00	\$ 18.834.000,00	\$ 0,00	\$ 19.422.000,00
VALOR TOTAL	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 CEBULA:	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