

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MM-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	Nº. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°1172/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	DICIEMBRE DE 2023	TARDE	\$1.983.000,00
Total del mes					\$1.983.000,00
Saldo del contrato					\$21.810.000,00 ✓

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE DICIEMBRE \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.983.000,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 83728781082 correspondiente al mes de NOVIEMBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de NOVIEMBRE); 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 SATISFACCION

OBSERVACIONES

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$3.966.000,00 ✓	\$3.966.000,00 ✓	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00 ✓	\$ 0,00	\$ 0,00	\$21.810.000,00 ✓
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	\$25.776.000,00 ✓	\$3.966.000,00 ✓	\$,00	\$21.810.000,00 ✓
	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 \$5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro:

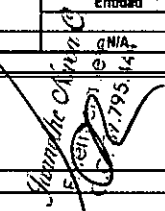
INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

NUMERO DE CEDULA:

FIRMA :

Jefe Janneth Novoa Cucarlan
Servidor Misional en Sanidad Misional
Servicio de Enfermería
Hospital Militar Central
Supervisora Contrato
39.795.444



FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

2331023

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 1	
Fecha:		DICIEMBRE DE 2023			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0463-2023

1172/2023 ✓ OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/28/2023 ✓	
	Valor inicial:		\$25.776.000,00	
	VIGENCIA AÑO 2023		\$3.966.000,00	
	VIGENCIA AÑO 2024 SIFF		\$21.810.000,00	
	VIGENCIA AÑO		\$ NA	
	VIGENCIA AÑO		\$ NA	
	VIGENCIA AÑO			
	Adiciones :			
	1-		\$	
	2-		\$	
	3-		\$	
	4-		\$	
	Reducciones :		\$,00	
	1-			
	Valor Total		\$25.776.000,00	
	COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
			401323 ✓	99323 ✓
			Fecha:	11/1/2023 ✓
	Garantía Cumplimiento :		N/A	
	Aseguradora:		N/A	
Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A		
Fecha de la notificación del Supervisor:		01/11/2023		
Fecha de Inicio :		01/11/2023		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
	01/11/2023	31/10/2024		
Vigencia del Contrato: 31/10/2024				
Prorrogas:				
1-				
2-				
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:				
NIT: 1110478146				
Dirección: CARRERA 79 B N 41 F SUR				
Teléfono: 3143730615				
Cuenta Bancaria No. 5752012137				
Banco: Colpatria				
Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		
	X ✓			

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO