

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: NOVIEMBRE DE 2023		2139623			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0425-2023

0801/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 10/23/2023		
		Valor inicial: \$51.564.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023 \$7.934.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF \$43.630.000,00		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	\$	
		2-	\$	
		3-	\$	
		4-	\$	
		Reducciones : \$,00		
		1-		
		Valor Total \$51.564.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			365423	134023
			Fecha:	10/27/2023
		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: 1072961019				
Dirección: CARRERA 24 C N 54 60 SUR				
Teléfono: 3134664899				
Cuenta Bancaria No. 550468500023899				
Banco: DAVIVIENDA				
TORRES VALDERRAMA LEYDY JHOANA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		
		X		

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

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°0801/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	NOVIEMBRE DE 2023	NOCHE 2	\$3.967.000,00
Total del mes					\$3.967.000,00
Saldo del contrato					\$47.597.000,00

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

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$3.967.000,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1058260029 correspondiente al mes de OCTUBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de OCTUBRE); 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

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$7.934.000,00	\$3.967.000,00	\$,00	\$3.967.000,00
AÑO 2024	\$43.630.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$43.630.000,00
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	\$51.564.000,00	\$3.967.000,00	\$,00	\$47.597.000,00
	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:	Jefe Jannethe Novoa Cucarian Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería Hospital Militar Central Supervisora Contrato 39.795.444
NUMERO DE CEDULA:	39.795.444
FIRMA :	

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		