

H.M. CON 117023 2213023

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

1170/2023	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 SIIF		\$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)	
				401123 ✓	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: 1031141488				
ZAMBRANO ESCOBAR PAOLA ANDREA		Dirección: CARRERA 74 B° 44-29 SUR INT 17 APTO 550				
		Teléfono: 3102381504				
		Cuenta Bancaria No. 488400480619 ✓				
		Banco: Davivienda				
		Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente	
X						

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

05 DIC 2023
9:02

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	05
		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°1170/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	NOVIEMBRE DE 2023		\$1.983.000,00
Total del mes					\$1.983.000,00
Saldo del contrato					\$23.793.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE NOVIEMBRE \$,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 profesionales9458128598 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	\$3.966.000,00	\$1.983.000,00	\$,00	\$1.983.000,00
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	\$1.983.000,00	\$,00	\$23.793.000,00
	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 Jannethe Novoa Cucarian
Servidor Misional en Sanidad Misional
Servicio de Enfermeria
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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		