

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:	MAYO DE 2024		
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA
		Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0448-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
1061/2023	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		27/10/2023	
		Valor inicial:		\$ 50.050.000,00	
		VIGENCIA AÑO (2024) SIFF 104724		\$ 42.350.000,00	
		VIGENCIA AÑO (2023)		\$ 7.700.000,00	
		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		\$ 50.050.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°C DP (SIIF).
				385923	131523
				Fecha: 31/10/2023	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		NA	
		Aseguradora (Si aplica):		NA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		NA	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		MARTHA LUCIA PINZON ALDANA 1/11/2023	
		Fecha de inicio de contrato		1/11/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				1/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 12 meses			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1.012.377.842			
JENNIFFER ANDREA RAMIREZ ROMERO		Dirección: Carrera 7 A # 12 – 38 sur			
		Telefono: 3232252322			
		Cuenta Bancaria No. 0550488419632630			
		Banco: Davivienda			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
			X		

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIOS

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	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
	NA		ABRIL		\$ 4.235.000,00
					\$ -
Total del mes					\$ 4.235.000,00
Saldo del contrato					\$ 25.410.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE		\$4.235.000,00
VALOR EN LETRAS :	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS /CTE	
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/04/26, Planilla N° 76369406 correspondiente al mes de MARZO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (MARZO); 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
AÑO 2024	\$ 42.350.000,00	\$ 16.940.000,00	\$ 0,00	\$ 25.410.000,00
AÑO 2023	\$ 7.700.000,00	\$ 7.700.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 50.050.000,00	\$ 24.640.000,00	\$ 0,00	\$ 25.410.000,00
	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								

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SMSM. MARTHA LUCIA PINZON ALDANA
NUMERO DE CEDULA:	20.423.092 de CAJICA
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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		