HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	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:	ABRIL DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SP-SECO-0224-2024

SP-SUMD-0293-2024	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:	12:00:00 AM	
		Valor inicial:	$16.648.300,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 172124	$21.810.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$,00	
		1-		
		Valor Total	$16.648.300,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			172124	127424
			Fecha:	3/12/2024
		Garantía Cumplimiento :	N/A	
		Aseguradora:	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:	12/03/2024	
		Fecha de Inicio :	12/03/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			12/03/2024	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: 31/10/2024		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1050962053		
GARCES DIAZ SUSANA MARGARITA		Dirección: CARRERA 69J 64 37		
		Teléfono: 3145133071		
		Cuenta Bancaria No. 0550488443878092		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°SP-SUMD-0293-2024 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2024		$1.381.300,00
Total del mes					**$1.381.300,00**
Saldo del contrato					**$15.267.000,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE MARZO $,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.381.300,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON TRECIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1062384857correspondiente al mes de FEBRERO 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 FEBRERO 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:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$,00	$,00	$,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00	$1.381.300,00	$,00	$15.267.000,00
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	$16.648.300,00	$1.381.300,00	$,00	$15.267.000,00
	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: **Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

NUMERO DE CEDULA: 37.948.181

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		