| 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: | ABRIL DE 2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS | **TIPO DE PROCESO** | CONTRATACION DIRECTA | **N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL** | CPSUCLB-0463-2023 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| UCLB-1168/2023 | 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 67124 | $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) |
| | | | 400923 | 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: 1010243322 | | |
| YATE COLO SEBASTIAN CAMILO | | Dirección: Calle 54Csur #88I-65 | | |
| | | Teléfono: 3227435545 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 008800742465 | | |
| | | 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°UCLB-1168/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES | N/A | N/A | MARZO DE 2024 | | $2.181.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$2.181.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$15.267.000,00** |

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

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$2.181.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS** | **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 75226113correspondiente 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 | $3.966.000,00 | $3.966.000,00 | $ ,00 | $ ,00 |
| AÑO 2024 | $21.810.000,00 | $6.543.000,00 | $ ,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 | $25.776.000,00 | $10.509.000,00 | $ ,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**<br>Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública<br>Servicio de Enfermería<br>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 | | |