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 2

Fecha:	ene-24				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0472-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-1195-2023	BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENÉTICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		1/11/2023
		Valor inicial:	$	74.384.000,00
		VIGENCIA AÑO (2023)	$	11.444.000,00
		VIGENCIA AÑO (2024) SIIF 20524	$	62.940.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	74.384.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			412523	133323
			Fecha:	1/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	
		Aseguradora (Si aplica):	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA 01/11/2023	
		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: Igual al plazo de ejecución (01/11/2023 – 31/10/2024) y cuatro meses más.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1.090.456.481		
PALACIOS VILLAMIZAR LINDA SHIRLEY		Dirección: Calle 70A #15-59		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No. 82000004415		
		Banco: Bancolombia		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENÉTICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL	N/A	N/A	Enero	N/A	$ 6.294.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 6.294.000,00
Saldo del contrato					$ 56.646.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$6.294.000,00
VALOR EN LETRAS :	Seis millones doscientos noventa y cuatro mil pesos

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/12/26 y riesgos profesionales 2023/12/26 Planilla N° 7907621108 – correspondiente al mes de diciembre

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de diciembre; 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 2023	$ 11.444.000,00	$ 11.444.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 62.940.000,00	$ 6.294.000,00	$ 0,00	$ 56.646.000,00
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	$ 74.384.000,00	$ 17.738.000,00	$ 0,00	$ 56.646.000,00
	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
SOI	7907621108	26/12/2023	Sura	286.100	Colpensiones	366.300	Seguros Bolivar	55.800

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	DRA. MARIA HELENA ASTORQUIZA
NUMERO DE CEDULA:	31.846.010
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		