

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
<div></div>		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-0450-2023

UCLB1085/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		26/10/2023		
		Valor inicial:		\$18.720.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023		\$2.880.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 105624		\$15.840.000,00		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO				
		Adiciones :				
		1-		\$		
		2-		\$		
		3-		\$		
		4-		\$		
		Reducciones :		\$307.200,00		
		1-				
		Valor Total		\$18.720.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)	
				371123	134123	
				Fecha:	30/10/2023	
		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	10/31/2024			
Vigencia del Contrato:		10/31/2024				
Prorrogas:						
1-						
2-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1024487765				
MARTIN BELTRAN YOLANDA		Dirección: CALLE 10 N° 10 79				
		Teléfono: 3206041692				
		Cuenta Bancaria No. 009770206333				
		Banco: BANCO DAVIVIENDA				
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		
			X			

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		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°UCLB1085/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ABRIL DE 2024	NOCHE 2	\$1.584.000,00
Total del mes					\$1.584.000,00
Saldo del contrato					\$9.504.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE ABRIL \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.584.000,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS

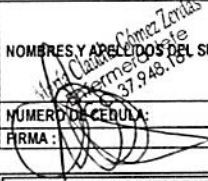
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1061915565 correspondiente al mes de MARZO 2024 En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MARZO 2024); así mismo certifico que 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	\$2.880.000,00	\$2.784.000,00	\$96.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$15.840.000,00	\$6.124.800,00	\$518.400,00	\$9.504.000,00
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	\$18.720.000,00	\$8.908.800,00	\$307.200,00	\$9.504.000,00
	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: NÚMERO DE CÉDULA: FIRMA:	Mayor María Claudia Gomez Zerdas Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato 37.948.181
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		