

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:		MAYO DE 2024			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SP-SECO-0252-2024

SP-SUMD-0353-2024	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		4/3/2024			
		Valor inicial:		\$30.104.700,00			
		VIGENCIA AÑO 2023		\$,00			
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 191624		\$30.104.700,00			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO					
		Adiciones :					
		1-		\$			
		2-		\$			
		3-		\$			
		4-		\$			
		Reducciones :		\$,00			
		1-					
		Valor Total		\$30.104.700,00			
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)		
				191624	168924		
				Fecha:	4/4/2024		
		Garantía Cumplimiento :		N/A			
		Aseguradora:		N/A			
Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A					
Fecha de la notificación del Supervisor:		03/04/2024					
Fecha de Inicio :		03/04/2024					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION				
		03/04/2024	31/10/2024				
Vigencia del Contrato:		31/10/2024					
Prorrogas:							
1-							
2-							
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1013681543					
AYALA GUTIERREZ ERIKA JULIANA		Dirección: CARRERA 106 N.16 - 86					
		Teléfono: 3148538480					
		Cuenta Bancaria No. 91216449768					
		Banco: BANCOLOMBIA					
		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	O8
		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°SP-SUMD-0353-2024 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ABRIL DE 2024		\$3.926.700,00
Total del mes					\$3.926.700,00
Saldo del contrato					\$26.178.000,00

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

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$3.926.700,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES NOVECIENTOS VENTI SEIS MIL SETECIENTOS PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 75477970correspondiente 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	\$,00	\$,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$30.104.700,00	\$3.926.700,00	\$,00	\$26.178.000,00
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	\$30.104.700,00	\$3.926.700,00	\$,00	\$26.178.000,00
	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

Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas

Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública

Servicio de Enfermería

Supervisora Contrato

37.948.181

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

NUMERO DE CÉDULA:

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		