

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 2

Fecha:	MAYO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUCLB-0437-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-0946-2023 .	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	27/10/2023		
		Valor inicial:	\$ 20.020.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023	\$ 3.080.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024	SIIF 102224	\$ 16.940.000,00	
		VIGENCIA AÑO			
		VIGENCIA AÑO			
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-			
		3-			
		4-			
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):			
		1-			
		2-			
		3-			
		4-			
		Valor Total Contrato	\$ 20.020.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			388223	134523	
			Fecha:	31/10/2023	
		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:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO - 01-11-		
		Fecha de inicio de contrato	01/11/2023		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION			
	01/11/2023	31/10/2024			
Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS					
Prorrogas:					
1-					
2-					
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1030673002			
ARBELAEZ DIAZ JESSICA ADRIANA	Dirección: CALLE 58 A SUR # 78 M 21				
	Teléfono: 3125219425				
	Cuenta Bancaria No. 0550488424552310				
	Banco: DAVIVIENDA				
	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 Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		N/A	MAYO		\$ 1.694.000,00
Total del mes					\$ 1.694.000,00
Saldo del contrato					\$ 8.470.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.694.000,00
---	----------------

VALOR EN LETRAS :	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE
-------------------	--

TA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/05/06 y riesgos profesionales 2024/05/06, Planilla N° 1062706417 – correspondiente al mes de ABRIL de 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 ABRIL de 2024; así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 ítem 1.1 y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.

SERVACIONES

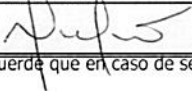
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	\$ 16.940.000,00	\$ 8.470.000,00	\$ 0,00	8.470.000,00
AÑO 2023	\$ 3.080.000,00	\$ 3.080.000,00	\$ 0,00	0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	0,00
VALOR TOTAL	\$ 20.020.000,00	\$ 11.550.000,00	\$ 0,00	8.470.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

TA 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

MBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA

MERO DE CEDULA: 63541443

MA : 

TA 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 director

MA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	