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 1

Fecha:	JUNIO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**TIPO DE PROCESO**	CONTRATACION DIRECTA	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	CPSUCLB-0416-2023

UCLB-0691/2023	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:	10/23/2023	
		Valor inicial:	$25.776.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$3.966.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 113124	$21.810.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$931.900,00	
		1-		
		Valor Total	$25.776.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			373923	99323
			Fecha:	10/30/2023
		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: 1001060439		
GIL BUITRAGO SAMANTHA ALEXANDRA		Dirección: CALLE 44 N. 31 01 SUR		
		Teléfono: 3224305666		
		Cuenta Bancaria No. 91239629232		
		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	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°UCLB-0691/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	JUNIO DE 2024		$1.817.500,00
Total del mes					**$1.817.500,00**
Saldo del contrato					**$9.087.500,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.817.500,00**
VALOR EN LETRAS	**UN MILLON OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 7926401641 correspondiente al mes de MAYO 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 MAYO 2024); así mismo certifico que el/la) contratista presento 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.

OBSERVACIONES: Informe de dias no laboradosdel 03 al 07/06/2024 por motivos de incapacidad medica

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$3.966.000,00	$3.833.800,00	$132.200,00	$,00
AÑO 2024	$21.810.000,00	$12.286.300,00	$436.200,00	$9.087.500,00
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	$16.120.100,00	$568.400,00	$9.087.500,00
	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** Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería 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		