

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: 06-02-2023
		PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	Jun-24				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOPII /	CPSUCLB 0458-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB 1125-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Fecha de suscripción:	31/10/2023		
		Valor inicial:	\$	25.776.000,00	
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2023)	\$	3.966.000,00	
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2024) SIF: 87224	\$	21.810.000,00	
		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	\$	25.776.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			395123	132723	
			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:	SMSM ESQUIVIA PAJARO CARMEN TERESA 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: 01/11/2023 AL 31/10/2024					
Prorrogas: N/A					
1-					
2-					
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:					
DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA	NIT/C.C.: 1007627471				
	Dirección: CRA 104a #22f-45				
	Telefono: 3148438668				
	Cuenta Bancaria No. 488416384946				
	Banco: DAVIVIENDA.				
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		
		X			

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresar	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	N/A	N/A	Jun-24	N/A	\$ 2.181.000,00
					\$ -
					\$ -
Total del mes					\$ 2.181.000,00
Saldo del contrato					\$ 8.724.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$2.181.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/06/05 y riesgos profesionales 2024/06/05 Planilla N° 77659015 correspondiente al mes de MAYO
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; 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	\$ 3.966.000,00	\$ 3.966.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2024	\$ 21.810.000,00	\$ 13.086.000,00	\$ 0,00	\$ 8.724.000,00
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	\$ 25.776.000,00	\$ 17.052.000,00	\$ 0,00	\$ 8.724.000,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARIA FERNANDA VASQUEZ ROJAS €

NUMERO DE CEDULA: 1.113.632.311

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		