

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:	JUNIO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP III / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0566-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-1980-2023	AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA	Fecha de suscripción:		26/11/2023	
		Valor inicial:	\$	24.057.400,00	
		VIGENCIA AÑO (2024) - 56424	\$	21.810.000,00	
		VIGENCIA AÑO (2023)	\$	2.247.400,00	
		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		\$	24.057.400,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			456623	99323	
			Fecha:	27/11/2023	
		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:		Diana Parra Valencia . MD Fecha:27-11-23	
		Fecha de inicio de contrato		27/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
			27/11/2023	31/10/2024	
		Vigencia del Contrato:12 Meses			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:1000383577			
DANNA VALENTINA SANABRIA NOVOA		Dirección: Calle 21 No.88A-79			
		Telefono:3196887496			
		Cuenta Bancaria No.388-9805-6373			
		Banco: BanColombia			
		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 \$
AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA		N/A	JUNIO DE 2024	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 M/CTE

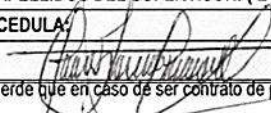
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/06/11 y riesgos profesionales 2024/06/11 Planilla N° 77777485- correspondiente al mes de MAYO -2024
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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

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	\$ 2.247.400,00	\$ 2.247.400,00	\$ 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
VALOR TOTAL	\$ 24.057.400,00	\$ 15.333.400,00	\$ 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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: (E)	Laura Juliana Linares Laverde
NUMERO DE CEDULA:	1.020.733.516 de Bogotá
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 Su

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	
--------------------------------	--

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		