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:	JUNIO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0448-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
1037/2023	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		27/10/2023
		Valor inicial:	$	50.050.000,00
		VIGENCIA AÑO (2024) SIFF 109424	$	42.350.000,00
		VIGENCIA AÑO (2023)	$	7.700.000,00
		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	$	50.050.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			383323	131523
			Fecha:	31/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NA	
		Aseguradora (Si aplica):	NA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	NA	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MARTHA LUCIA PINZON ALDANA 1/11/2023	
		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: 12 meses		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 51.956.752		
SANDRA YOHANA CHACÓN FERNÁNDEZ		Dirección: Calle 72a No 64-68		
		Telefono: 314 412 3057		
		Cuenta Bancaria No. 008200288911		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
	NA		JUNIO		$ 4.235.000,00
					$ -
Total del mes					**$ 4.235.000,00**
Saldo del contrato					**$ 16.940.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$4.235.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS /CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/06/06, Planilla N° 9467736967 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 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 2024	**$ 42.350.000,00**	**$ 25.410.000,00**	**$ 0,00**	**$ 16.940.000,00**
AÑO 2023	**$ 7.700.000,00**	**$ 7.700.000,00**	**$ 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	**$ 50.050.000,00**	**$ 33.110.000,00**	**$ 0,00**	**$ 16.940.000,00**
	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								

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**SMSM. MARTHA LUCIA PINZON ALDANA**
NUMERO DE CEDULA:	**20.423.092 de CAJICA**
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		