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			
1065/2023	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 103924	$		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).
			386323		131523
			Fecha:		31/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NA		
		Aseguradora (Si aplica):	NA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si	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.: 39719795			
JEANETH RODRIGUEZ PEÑALOZA		Dirección: Cra 17B #175 – 91 APTO 202 T. 4			
		Telefono: 3105701382			
		Cuenta Bancaria No. 009470216541			
		Banco: DAVIVIENDA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
			X		

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIOS

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	O9
		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		$ 2.541.000,00
					$ -
Total del mes					**$ 2.541.000,00**
Saldo del contrato					**$ 16.940.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.541.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2024/06/11, Planilla N° 8377640518 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 : SE REALIZA DESCUENTO POR SUSPENSION DE CONTRATO

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	**$ 42.350.000,00**	**$ 23.292.500,00**	**$ 2.117.500,00**	**$ 16.940.000,00**
AÑO 2023	**$ 7.700.000,00**	**$ 6.160.004,00**	**$ 1.539.996,00**	**$ 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**	**$ 29.452.504,00**	**$ 3.657.496,00**	**$ 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	
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 : Martha P.

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		