



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 1

Fecha:	MARZO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0433-2023

UCLB-0872/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	10/24/2023		
		Valor inicial:	\$62.484.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023	\$9.614.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 72824	\$52.870.000,00		
		VIGENCIA AÑO	\$ NA		
		VIGENCIA AÑO	\$ NA		
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-	\$		
		2-	\$		
		3-	\$		
		4-	\$		
		Reducciones :	\$,00		
		1-			
		Valor Total	\$62.484.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)	
			365923	133923	
			Fecha:	10/27/2023	
		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: 52793687					
Dirección: carrera 20 #20a-85 interior 15 apto 604					
Teléfono: 3155237813					
Cuenta Bancaria No. 0570457270022629					
Banco: Davivienda					
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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°UCLB-0872/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2024	ADMINISTRATIVO	\$5.287.000,00
Total del mes					\$5.287.000,00
Saldo del contrato					\$37.009.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE **MARZO** \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$5.287.000,00
VALOR EN LETRAS	CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 7914076875 correspondiente al mes de **FEBRERO 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 **FEBRERO 2024**; 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:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$9.614.000,00	\$9.614.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$52.870.000,00	\$15.861.000,00	\$,00	\$37.009.000,00
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	\$62.484.000,00	\$25.475.000,00	\$,00	\$37.009.000,00
	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	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		