

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
<div></div>		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-0432-2023

UCLB-0826/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/28/2023		
		Valor inicial:		\$25.776.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023		\$3.966.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 114024		\$21.810.000,00		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO				
		Adiciones :				
		1-		\$		
		2-		\$		
		3-		\$		
		4-		\$		
		Reducciones :		\$,00		
		1-				
		Valor Total		\$25.776.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)	
				375123	99323	
				Fecha:	10/30/2023	
		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: 1114452736				
OBANDO VELASCO JANETH		Dirección: CARRERA 1 E N 47 A 07				
		Teléfono: 3136014115				
		Cuenta Bancaria No. 24071917771				
		Banco: BANCO CAJA SOCIAL				
		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	O8
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°UCLB-0826/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2024	NOCHE 1	\$2.181.000,00
Total del mes					\$2.181.000,00
Saldo del contrato					\$15.267.000,00

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

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 8628583245correspondiente 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	\$3.966.000,00	\$3.966.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00	\$6.543.000,00	\$,00	\$15.267.000,00
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	\$10.509.000,00	\$,00	\$15.267.000,00
	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		