



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:	JULIO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0414-2023

UCLB0670/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	22/10/2023	
		Valor inicial:	\$18.720.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	\$2.880.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 37824	\$15.840.000,00	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	\$	
		2-	\$	
		3-	\$	
		4-	\$	
		Reducciones :	\$96.000,00	
		1-		
		Valor Total	\$18.720.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			346823	134123
			Fecha:	25/10/2023
		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	10/31/2024		
Vigencia del Contrato:	10/31/2024			
Prorrogas:				
1-				
2-				
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: 1033730998			
VASQUEZ GONZALEZ MAICOL FABIAN	Dirección: CALLE 62 N. 18 J 75 SUR			
	Teléfono: 3058771288			
	Cuenta Bancaria No. 008200735952			
	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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°UCLB0670/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	JUNIO DE 2024	NOCHE 1	\$1.584.000,00
Total del mes					\$1.584.000,00
Saldo del contrato					\$6.336.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE JUNIO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.584.000,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS


NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 4550786897 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 2024; así mismo certifico que el/la contratista presento 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.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$2.880.000,00	\$2.784.000,00	\$96.000,00	\$,00
AÑO 2024	\$15.840.000,00	\$8.016.000,00	\$,00	\$6.336.000,00
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	\$18.720.000,00	\$10.800.000,00	\$96.000,00	\$6.336.000,00
	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
	NÚMERO DE CÉDULA: 37.948.181

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		