| 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-0444-2023** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **UCLB-0605/2023** | **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:** | **10/22/2023** | |
| | | **Valor inicial:** | **$25.776.000,00** | |
| | | **VIGENCIA AÑO 2023** | **$3.966.000,00** | |
| | | **VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 51424** | **$21.810.000,00** | |
| | | **VIGENCIA AÑO** | **$ 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)** |
| | | | **354523** | **99323** |
| | | | **Fecha:** | **11/1/2023** |
| | | **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: 1092354036** | | |
| **CASTRO SARMIENTO ANA MARITZA** | | **Dirección: CALLE 17 N° 7 B 10 MOSQUERA** | | |
| | | **Teléfono: 3005951740** | | |
| | | **Cuenta Bancaria No. 0550488438898626** | | |
| | | **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 | 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-0605/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES | N/A | N/A | FEBRERO DE 2024 | NOCHE 2 | $2.181.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$2.181.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$17.448.000,00** |

**NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE FEBRERO $ ,00**

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$2.181.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS** | **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL PESOS** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionalescorrespondiente al mes de ENERO 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 ENERO 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** | **$4.362.000,00** | **$ ,00** | **$17.448.000,00** |
| **AÑO XXXX** | **$ 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** | **$8.328.000,00** | **$ ,00** | **$17.448.000,00** |
| | **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**<br>Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública<br>Servicio de Enfermería<br>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** | | |