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:	MAYO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**TIPO DE PROCESO**	CONTRATACION DIRECTA	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**CPSUCLB-0436-2023**

UCLB-0897/2023	**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:**	**10/26/2023**	
		Valor inicial:	**$25.776.000,00**	
		VIGENCIA AÑO 2023	**$3.966.000,00**	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 63124	**$21.810.000,00**	
		VIGENCIA AÑO	**$ 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)**
			401723	**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: 1006186737**		
ANGULO SANCLEMENTE JOSE DOMINGO		**Dirección: Avenida 1a # 18a - 29**		
		Teléfono: 3208353603		
		Cuenta Bancaria No. 24082877880		
		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-0897/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MAYO DE 2024		$2.181.000,00
Total del mes					**$2.181.000,00**
Saldo del contrato					**$10.905.000,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE MAYO $,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 profesionales 76614998correspondiente al mes de ABRIL 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 ABRIL 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	**$3.966.000,00**	**$3.966.000,00**	**$,00**	**$,00**
AÑO 2024	**$21.810.000,00**	**$10.905.000,00**	**$,00**	**$10.905.000,00**
AÑO XXXX	**$ 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**	**$14.871.000,00**	**$,00**	**$10.905.000,00**
	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		