

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 2	

Fecha:	MAYO de 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	minima cuantia	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-060-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
CONTRATO N° 085-2022	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE MANEJO FORESTAL DE LOS INDIVIDUOS ARBÓREOS Y ARBUSTIVOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		12/04/2022		
		Valor inicial:		\$ 19.768.000,00		
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)		\$ 19.768.000,00		
		Adiciones (Si aplica) :		\$ -		
		1-		\$ -		
		2-		\$ -		
		3-		\$ -		
		4-		\$ -		
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):		\$ -		
		1-		\$ -		
		2-		\$ -		
		3-		\$ -		
		4-		\$ -		
		Valor Total Contrato		\$ 19.768.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).	
				231022	46322	
				Fecha:	13/04/2022	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		39-44-101137618		
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO SA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		19/03/2022		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Ss. Reinel Steven Mora Alfonso 15/04/2022		
		Fecha de inicio de contrato		13/04/2022		
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
				13/04/2022	15/12/2022	
		Vigencia del Contrato: 9 MESES				
		Prorrogas: En tiempo				
		1-				
		2-				
3-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900241832-1				
ISAIAS GODOY		Dirección: calle 23a N°60-35 int. 5 Ofic. 303				
		Teléfono: 3103377119				
		Cuenta Bancaria No. 457469991154				
		Banco: DAVIVIENDA				
		Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente	
			X			

FORMA DE PAGO: Dentro de los 90 días calendario.
--

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	O8
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE MANEJO FORESTAL DE LOS INDIVIDUOS ARBÓREOS Y ARBUSTIVOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ -
					\$ -
					\$ -
Total del mes					\$ -
Saldo del contrato					\$ 9.884.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$0,00
---	--------

VALOR EN LETRAS :	-
-------------------	---

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión ----- y riesgos profesionales ----- Planilla N°----- – correspondiente al mes de ----- 2022
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ----- **2022**; así mismo certifico que el/la) contratista presentó 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O	PENDIENTE EJECUTAR
ANO 2022	\$ 19.768.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 19.768.000,00
	\$ 19.768.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 19.768.000,00
VALOR TOTAL	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		Ss. Reinel Steven Mora Alfonso	
NUMERO DE CEDULA:		1.106.395.065	
FIRMA :			

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: My (RA) Nelson Mossos chavez	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: TC. (RA) Ricardo Arturo Hoyos Lanziano
--	---

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		