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:	AGOSTO 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	08
		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
AÑO 2022	$ 19.768.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 19.768.000,00
VALOR TOTAL	$ 19.768.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 19.768.000,00
	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

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		