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:	JULIO DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0689-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-1721-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	4/02/2022	
		Valor inicial:	$ 12.460.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$ 12.460.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ -	
		VIGENCIA AÑO	$ -	
		VIGENCIA AÑO	$ -	
		VIGENCIA AÑO	$ -	
		Adiciones (Si aplica) :	$ -	
		1-		
		2-	$ -	
		3-	$ -	
		4-	$ -	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$ -	
		1-	$ -	
		2-	$ -	
		3-	$ -	
		4-	$ -	
		Valor Total Contrato	$ 12.460.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			163922	12022
			Fecha:	4/02/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	
		Aseguradora (Si aplica):	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MIRIAM LUCÍA AVILA GUZMÁN - 04-02-2022	
		Fecha de inicio de contrato	4/02/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			4/02/2022	31/10/2022
		Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1024493968		
VILLARRUEL ROJAS MONICA		Dirección: CLL 5 NO. 5D-10		
		Teléfono: 3125203054		
		Cuenta Bancaria No. 031-274244-61		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	
FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 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 $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		6	JULIO		$ 1.400.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.400.000,00**
Saldo del contrato					**$ 4.200.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.400.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/07/11 y riesgos profesionales 2022/07/11, Planilla N° 1046760081 – correspondiente al mes de junio 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 JUNIO; 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 SATISFACCIÓN.

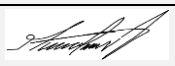
OBSERVACIONES

1

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	**$ 12.460.000,00**	**$ 8.260.000,00**	**$ 0,00**	**$ 4.200.000,00**
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**
AÑO XXXX	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 12.460.000,00**	**$ 8.260.000,00**	**$ 0,00**	**$ 4.200.000,00**
	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:	**MIRIAM LUCÍA ÁVILA GUZMÁN**
NUMERO DE CEDULA:	**39,556,424**
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:	**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	**SI**	
Acta de supervisión y/o Factura	**SI**	
Pago de Seguridad Social	**NO**	