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 2022				
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios	TIPO DE PROCESO	Contratación Directa	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0594-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-1597-2022	AUXILIAR DE GESTION PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		13/01/2022
		Valor inicial:	$	16.240.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	16.240.000,00
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	16.240.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			128822	10122
			Fecha:	13/01/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	NA	
		Aseguradora (Si aplica):	NA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	NA	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	CAMPO ELIAS MORA VARGAS 13/01/2022	
		Fecha de inicio de contrato	13/01/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			13/01/2022	31/12/2022
		Vigencia del Contrato: igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		C.C 1.016.017.661		
CINDY JANETH ZABALA OSUNA		Direccion: Diagonal 16 B BIS 98 50		
		Celular: 313 4522509		
		Cuenta Bancaria: 046-000001-60		
		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 $
AUXILIAR DE GESTION PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	NA	8	AGOSTO 2022	NA	$ 1.400.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 1.400.000,00
Saldo del contrato					$ 5.600.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.400.000,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/08/16 y riesgos profesionales 2022/08/16 Planilla N° 1048223214 – correspondiente al mes de JULIO 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 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	$ 16.240.000,00	$ 10.640.000,00	$ 0,00	$ 5.600.000,00
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	$ 16.240.000,00	$ 10.640.000,00	$ 0,00	$ 5.600.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR

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

VALOR TOTAL	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Doctor CAMPO ELIAS MORA VARGAS
NUMERO DE CEDULA:	79.293.226
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	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		