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:	SEPTIEMBRE DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0827-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-1916-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		23/04/2022
		Valor inicial:	$	8.580.800,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	8.580.800,00
		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	$	8.580.800,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			237022	22122
			Fecha:	25/04/2022
		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:	YULI KATERINE CASTRO RIAÑO	
		Fecha de inicio de contrato	25/04/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			25/04/2022	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.: 1015472952		
NATALY AVELLANEDA FRAILE		Dirección: KRA 108, 74-16		
		Dirección: 3002594378		
		Cuenta Bancaria No. 0550485900009260		
		Banco: DAVIVIENDA		
		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 $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ADMINISTRATIVO PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		N/A	SEPTIEMBRE		$ 1.384.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.384.000,00**
Saldo del contrato					**$ 1.384.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.384.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/09/**15** y riesgos profesionales 2022/09/15, Planilla N° 1048315523 – correspondiente al mes de Agosto 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 AGOSTO; 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 8.580.800,00	$ 7.196.800,00	$ 0,00	$ 1.384.000,00
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	$ 8.580.800,00	$ 7.196.800,00	$ 0,00	$ 1.384.000,00
	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
SIMPLE	1048315523	15/09/2022	ALIANSALUD	$ 125.000,00	COLPENSIONES	$ 160.000,00	COLMENA	$ 24.400,00

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**YULI KATERINE CASTRO RIAÑO**
NUMERO DE CEDULA:	**43,972,185**
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	NO	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	NO	
Pago de Seguridad Social	NO	