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:	sep-22				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	No. PROCESO EN EL SECOP II CPSUNTH-8067-2022

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
1561/2022	OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA DOCENTE PARA LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		12/01/2022
		Valor inicial:	$	41.961.400,00
		VIGENCIA AÑO (EJ:2022)	$	41.961.400,00
		VIGENCIA AÑO (EJ: 2021)	$	-
		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	$	41.961.400,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			120622	2822
			Fecha:	1/12/2022
		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:		JULIETA BARRERA CORONADO 1/12/2022
		Fecha de inicio de contrato		1/12/2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			1/12/2022	31/12/2022
		Vigencia del Contrato: 12 MESES		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: CC 1.045.701.173		
LISBETH SARITH CORONELL PÉREZ	Dirección: CARRERA 32 N°13 - 226 TORRE: 9, APTO.: 403 , CONJUNTO ABEDUL. CIUDAD VERDE / SOACHA		
	Teléfono: 3206876574		
	Cuenta Bancaria No. 948021290		
	Banco: BOGOTÁ		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO:

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA DOCENTE PARA LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	N/A	N/A	Septiembre	N/A	$ 1.607.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 3.607.000,00
Saldo del contrato					$ 10.821.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$3.607.000,00
VALOR EN LETRAS :	TRES MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL PESOS M/CTE.

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/09/12 y riesgos profesionales 2022/09/12 Planilla N° 79487687O9 – correspondiente al mes de AGOSTO
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 presento su 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):

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO XXXX	$ 41.961.400,00	$ 31.140.400,00	$ 0,00	$ 10.821.000,00
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	$ 41.961.400,00	$ 31.140.400,00	$ 0,00	$ 10.821.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JULIETA BARRERA CORONADO

NUMERO DE CEDULA: 40.366.987 DE VILLAVICENCIO (META)

FIRMA :

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	2
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		