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: GESTION ADQUISICIONES	VERSION: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	AGOSTO DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	TIPO DE PROCESO	Contratación Directa	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUNTH – 1982-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-1982-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ALMACENES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		17/06/2022
		Valor inicial:	$	9.053.300,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	9.053.300,00
		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	$	9.053.300,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			283622	6022
			Fecha:	17/06/2022
		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:		MY JUAN DAVID PEDRAZA MARTINEZ 17/06/2022
		Fecha de inicio de contrato		17/06/2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			17/06/2022	31/12/2022
		Vigencia del Contrato: 07 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: CC 1.034.656.514 DE BOGOTÁ		
MELIZZA JEXENYA TAMAYO MALDONADO		Dirección: AV. 6 # 45-57 SEGUNDO PISO		
		Cuenta Bancaria No. 055048843033347 3		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	
FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.				

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRAMITES 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 GESTION PARA EL AREA DE ALMACENES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	3	AGOSTO DE 2022	N/A	$ 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 MONEDA CORRIENTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/08/09 y riesgos profesionales 2022/08/09 Planilla N° 1047991762 – correspondiente al mes de AGOSTO 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 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	$ 9.053.300,00	$ 3.453.300,00	$ 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	$ 9.053.300,00	$ 3.453.300,00	$ 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**MAYOR JUAN DAVID PEDRAZA MARTINEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**91.111.755 DEL SOCORRO, SANTANDER**
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	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1