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:	NOVIEMBRE DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1005-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2421-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:		24/10/2022
		Valor inicial:	$	18.200.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	18.200.000,00
		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	$	18.200.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			430322	142222
			Fecha:	24/10/2022
		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:	MAYOR CAROLINA SILVA HENAO 01/11/2022	
		Fecha de inicio de contrato	01/11/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2022	31/10/2023
		Vigencia del Contrato: PLAZO DE EJECUCIÓN Y 4 MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 52355925		
DÍAZ HERNÁNDEZ SUSANA LORENA		Dirección: CALLE 94 B 60-81 PISO 2		
		Teléfono: 3134351744		
		Cuenta Bancaria No. 67423538161		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	
FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 dias 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		N/A	NOVIEMBRE		$ 1.400.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.400.000,00**
Saldo del contrato					**$ 16.800.000,00**

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 2022/08/11 y riesgos profesionales 2022/08/11, Planilla N° 63127575 – correspondiente al mes de OCTUBRE 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 OCTUBRE; 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	$ 18.200.000,00	$ 1.400.000,00	$ 0,00	$ 16.800.000,00
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	$ 18.200.000,00	$ 1.400.000,00	$ 0,00	$ 16.800.000,00
	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
COMPENSAR	63127575	08/11/2022	SANITAS	$ 125.000,00	COLPENSIONES	$ 160.000,00	COLMENA	$ 24.400,00

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**DIANA CAROLINA SILVA HENAO**
NUMERO DE CEDULA:	**55,304,[illegible]**
FIRMA :	Enf. Carolina Silva Oficial de Sanidad Militar

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	

DATOS BASICOS DEL CONTRATO						
TIPO	Contrato	x	Convenio		No.	2421/2022
FECHA DE INICIO	01/11/2022	FECHA DE TERMINACION	31/10/2023			

OBJETO	PRESTACION DE SEVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL
ALCANCE DEL OBJETO	N/A
VALOR	$ 18.200.000
CONTRATISTA	DIAZ HERNANDEZ SUSANA LORENA
PLAZO	DEL 01/11/2022 AL 31/10/2023
FORMA DE PAGO	DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO
IDENTIFICACIÓN (CC – NIT)	52.355.925
REPRESENTANTE LEGAL	
Supervisora (or) / Interventora (or) del Contrato	MAYOR CAROLINA SILVA HENAO
Apoyo a la supervisión	

DATOS BASICOS DEL CONTRATO	
REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO	
REQUISITOS DE LEGALIZACION	
REQUISITOS DE EJECUCION	

PONDERACION ADICIONAL
N/A
N/A

GARANTIA UNICA			
ASEGURADORA			
NO. DE LA POLIZA	CONCEPTO DEL AMPARO	VIGENCIAS	
		DESDE (DIA, MES, AÑO)	HASTA (DIA MES AÑO)

	CUMPLIMIENTO		
	CALIDAD		
	SALARIOS		
	ESTABILIDAD		
	CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES		
	SALARIOS Y PRESTACIONES		
	OTRAS		

VERIFICACIÓN AFILIACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL APORTES A RIESGOS LABORALES, APORTES PARAFISCALES
El supervisor / interventor del contrato, certifica que realizó frente al contratista la verificación de: • Afiliación al Sistema de Seguridad Social (salud y pensiones) • Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales • Paz y salvo de aportes patronales y parafiscales (personas jurídicas)

PARA CONSTANCIA SE FIRMA	
Supervisor / interventor: ***MAYOR CAROLINA SILVA HENAO***	***Contratista:*** DIAZ HERNANDEZ SUSANA LORENA
Apoyo a la Supervisor:	