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:	DICIEMBRE 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-2422/2022	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 2023	$	15.400.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	2.800.000,00
		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).
			430422	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 EJECUCION Y 4 MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1001047708		
FONSECA VELASCO ANYI LORENA		Dirección: CARRERA 8 ESTE No. 7ª10 SUR		
		Teléfono: 3133514458		
		Cuenta Bancaria No. 0550488419213571		
		Banco: DAVIVIENDA		
		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	DICEIMBRE		$1,400,000
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.400.000,00**
Saldo del contrato					**$ 15.400.000,00**

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 2022/07/12 y riesgos profesionales 2022/, Planilla N° 1050218610 – correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE; 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 2023	$ 15.400.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 15.400.000,00
AÑO 2022	$ 2.800.000,00	$ 2.800.000,00	$ 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	$ 2.800.000,00	$ 0,00	$ 15.400.000,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
SIMPLE	1050218610	07/12/2022	COLPENSIONES	$ 160.000,00	SURA	$ 125.000,00	COLMENA	$ 24.400,00

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**DIANA CAROLINA SILVA HENAO**
NUMERO DE CEDULA:	**55,304,157**
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	SI	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	