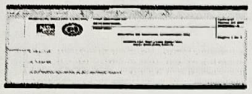
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	DICIEMBRE DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1034-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2778-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Fecha de suscripción:		28/10/2022
		Valor inicial:	$	23.436.000,0
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	3.606.000,0
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2023)	$	19.830.000,0
		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	$	23.436.000,0
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF: 479522	N°CDP (SIIF).: 140822
			Fecha:	28/10/2022
		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:	SMSM ESQUIVIA PAJARO CARMEN TERESA 01/11/2022	
		Fecha de inicio de contrato	28/10/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 01/11/2022	FECHA DE TERMINACION: 31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 01/11/2022 AL 31/10/2023		
		Prorrogas: N/A		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: CC 1007627471		
DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA		Dirección: CRA 104A #22F-45		
		Teléfono: 3148438668		
		Cuenta Bancaria No. 0550488416384946		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros: x	Corriente:

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 $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	N/A	2	DICIEMBRE DE 2022	N/A	$ 1.803.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 1.803.000,00
Saldo del contrato					$ 19.830.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.803.000,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON OCHOCIENTOS TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y riesgos profesionales 2022/12/19 Planilla N° 64017146 – correspondiente al mes de Noviembre 2022

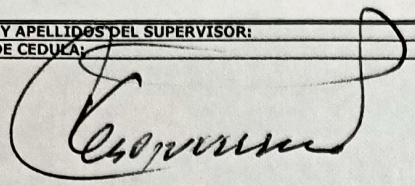
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA con CC.1007627471, efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; así mismo certifico que el contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y obligaciones del mismo.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 3.606.000,00	$ 3.606.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 19.830.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 19.830.000,00
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
VALOR TOTAL	$ 23.436.000,00	$ 3.606.000,00	$ 0,00	$ 19.830.000,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**SMSM ESQUIVIA PAJARO CARMEN TERESA**
NUMERO DE CEDULA:	**32.681.966**
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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		