

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 SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1000-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UNTH-2340-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 25/10/2022			
		Valor inicial: \$ 34.782.000			
		VIGENCIA AÑO 2023 \$ 29.430.000			
		VIGENCIA AÑO 2022 \$5.352.000			
		VIGENCIA AÑO \$			
		VIGENCIA AÑO \$			
		VIGENCIA AÑO \$			
		Adiciones : \$ 0,00			
		1- \$ 0,00			
		2- \$			
		3- \$			
		4- \$			
		Reducciones y/o Liberaciones: \$			
		1-			
		2- \$			
		3- \$			
		4- \$			
		Valor Total Contrato		\$ 34.782.000	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	Nº CDP
				440422	141922
				Fecha:	25/10/2022
		Garantía Cumplimiento :		N/A	
		Aseguradora:		N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A	
		Nombre del Supervisor y Fecha de notificación: Dra. Marta Edy Ariza Mateus 24/10/2022			
Fecha de Inicio :		1/11/2022			
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
		1/11/2022	31/10/2023		
Vigencia del Contrato: 12 MESES					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		Prorrogas:			
ROBAYO PARRA HENRY ALEXANDER		1-			
		2-			
		3-			
		NIT: CC 79397738			
		Dirección: CLL 13 SUR #8-34 APT.403			
		Teléfono: 3665573			
		Cuenta Bancaria No. 000017542317			
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.			
		Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente
				X	

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	03
Página:				2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresar	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	DICIEMBRE DE 2022	N/A	\$ 2.676.000
Total del mes				\$	2.676.000
Saldo del contrato				\$	29.430.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$ 2.676.000
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022-12-07 y riesgos profesionales 2022-12-07 Planilla N° 5163828343 – 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 DE 2022); así mismo certifico que el/la 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 las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES:

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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 29.430.000	\$ 0	\$ 0,00	\$ 29.430.000
AÑO 2022	\$5.352.000	\$ 5.352.000	\$ 0,00	\$ 0
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	\$ 34.782.000	\$ 5.352.000	\$ 0,00	\$ 29.430.000
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus
NUMERO DE CEDULA:	63.433.451
FIRMA	

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:
---------------------------------------	------------------------------------

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1