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:	FEBRERO 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-127-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
329/2022	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADO PARA EL AREA DE AUDIOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2022-2026	**Fecha de suscripción:**		**02/12/2022**
		Valor inicial:	**$**	**1.427.911.400,00**
		VIGENCIA AÑO (2022)	**$**	**28.000.000,00**
		VIGENCIA AÑO (2023)	**$**	**375.480.000,00**
		VIGENCIA AÑO 2024	**$**	**386.744.000,00**
		VIGENCIA AÑO 2025	**$**	**398.346.900,00**
		VIGENCIA AÑO 2026	**$**	**239.340.100,00**
		1-	**$**	**-**
		2-	**$**	**-**
		3-	**$**	**-**
		4-	**$**	**-**
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	**$**	**-**
		1-	**$**	**-**
		2-	**$**	**-**
		3-	**$**	**-**
		4-	**$**	**-**
		Valor Total Contrato	**$**	**1.427.911.400,00**
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			573022	103122
			16/12/2022	21/07/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N° 15-44-101272580	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS COLOMBIA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM Ricardo Silva Rueda	
		Fecha de inicio de contrato		
		Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
			16/12/2022	**31/07/2026**
		Vigencia del Contrato: SEIS MESES (6)		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT/C.C.: 900789891-7**		
CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA		**Dirección: Carrera 9 A N° 17-55 sur piso 2**		
		Dirección: Carrera 9 A N° 17-55 sur piso 2		
		Cuenta Bancaria N°. 474100059697		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	**Ahorros**	**Corriente**
			X	

FORMA DE PAGO: NOVENTA (90) DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS A QUE HAYA LUGAR

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 $
COORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA CORPMED CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN AUDIOLOGIA CLINICA		N/A	N/A		N/A
					$ -
					$ -
Total del mes					N/A
Saldo del contrato					**$ 1.399.911.400,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de , 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar): EL INFORME DE PRODUCCION CORRESPONDIENTE AL MES FEBRERO SE ENCUENTRA EN REVISION AREA FACTURACI

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	**$ 28.000.000,00**	**$ 28.000.000,00**		**$ 0,00**
AÑO 2023	**$ 375.480.000,00**			**$ 375.480.000,00**
AÑO 2024	**$ 386.744.400,00**			**$ 386.744.400,00**
AÑO 2025	**$ 398.346.900,00**			**$ 398.346.900,00**
AÑO 2026	**$ 239.340.100,00**			**$ 239.340.100,00**
	$ 1.427.911.400,00			**$ 1.399.911.400,00**
VALOR TOTAL				
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM RICARDO SILVA RUEDA
NUMERO DE CEDULA: 80.408.996
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
Acta de supervisión y/o Factura	**X**	**1**