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 de 2023				
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios	TIPO DE PROCESO	Minima Cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-210-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
N°234-2022	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO COMPLEMENTO DE LA TELETERAPIA PARA PACIENTES DE CÁNCER GINECOLÓGICO AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES".	Fecha de suscripción:		10/08/2022
		Valor inicial:	$	50.000.000,00
		Vigencia 2022	$	50.000.000,00
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	50.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			331322	102822
			Fecha:	10/08/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3406738-1	
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros Generales Suramericana S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/08/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY.PAULA ANDREA GAITAN ROJAS	
		Fecha de inicio de contrato	12/08/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			12/08/2022	31/12/2022
		Vigencia del Contrato: Del 12-08-2022 al 31-12 2022 y por 4 meses mas.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1- 30-jun-23		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 830.008.300-2		
CENTRO DE CONTROL DEL CANCER SAS		Dirección: Carrera 16 A No. 84-19		
		Teléfono: 2366927- 6185417		
		Cuenta Bancaria No. 03215910658		
		Banco: Bancolombia		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: FORMA DE PAGO: El Hospital Militar Central aplicará pagos parciales que se cancelarán dentro de los Noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar y radicación de los siguientes documentos:
1. Factura electrónica validada previamente por la DIAN, cargada en el SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION SIIF.
2. Certificado y planilla de pago a los sistemas de seguridad social integral (Salud, Pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales (Caja de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) de conformidad con la normatividad vigente.
3. Acta de Recibo a parcial y /o informe final del supervisor del contrato, debidamente diligenciado y firmado por las partes, con los debidos soportes técnicos
4. Certificado de ingreso a Área de Almacenes y Bienes Activos

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 $
PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS(3)	NA	NA	NA	NA	$ -
Total del mes					$ -
Saldo del contrato					$ 45.500.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$0,00
VALOR EN LETRAS :	NA

NOTA 1: PARA EL PRESENTE MES(FEBRERO) NO SE PRESENTO FACTURACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA PARA TRAMITE DE PAGO.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 50.000.000,00	$ 4.500.000,00	$ 0,00	$ 45.500.000,00
VALOR TOTAL	$ 50.000.000,00	$ 4.500.000,00	$ 0,00	$ 45.500.000,00
	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: MY. PAULA ANDREA GAITAN ROJAS
NUMERO DE CEDULA: 53075256
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		