

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	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECC II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0998-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
UNTH-2261-2022	AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO - CONTAC CENTER DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		19/10/2022		
		Valor inicial:		\$	12.040.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$	2.800.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 7923		\$	9.240.000,00	
		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		\$	12.040.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).	
				418022	139822	
				Fecha:	19/10/2022	
		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:		YULI KATERINE CASTRO RIAÑO		
		Fecha de inicio de contrato		1/11/2022		
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
				1/11/2022	30/06/2023	
		Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS				
		Prorrogas:				
1-						
2-						
3-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:						
NIT/C.C.: 64.727.111						
Dirección: CALLE 49 B SUR 79 B -40						
Celular: 3138544641						
Cuenta Bancaria No. 004-970-274-934						
Banco: DAVIVIENDA						
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-BECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO - CONTACT CENTER DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL		N/A	FEBRERO		\$ 1.540.000,00
					\$ -
					\$ -
Total del mes					\$ 1.540.000,00
Saldo del contrato					\$ 6.160.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.540.000,00
VALOR EN LETRAS:	UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

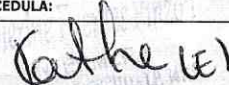
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/02/07 y riesgos profesionales 2023/02/07, Planilla N° 9445724412 - correspondiente al mes de Enero de 2023. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ENERO; 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$ 2.800.000,00	\$ 2.800.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2023	\$ 9.240.000,00	\$ 3.080.000,00	\$ 0,00	\$ 6.160.000,00
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	\$ 12.040.000,00	\$ 5.880.000,00	\$ 0,00	\$ 6.160.000,00
	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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
APORTES EN LINEA	9445724412	7/02/2023	SALUD TOTAL	\$ 145.000,00	COLFONDO S	\$ 185.600,00	COLMENA	\$ 28.300,00

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	JESSE KATHERINE FUENTES PINZON
NUMERO DE CEDULA:	1,010,191,068
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	NO	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	NO	
Pago de Seguridad Social	NO	