| 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: | ENERO DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | DIRECTA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0416-2021 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UNTH-2268-2022 | 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: | | 20/10/2022 |
| | | Valor inicial: | $ | 12.040.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ | 2.800.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 9023 | $ | 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). |
| | | | 418722 | 139822 |
| | | | Fecha: | 20/10/2022 |
| | | 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.: 52.441.112 | | |
| TOLOZA DÍAZ ANGELA GEORGINA | | Dirección: Carrera 25 51a-44 | | |
| | | Celular: 3138197599 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 009-970-404-787 | | |
| | | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | x | |
| FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario | | | | |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRAMITES 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 $ |
|---|---|---|---|---|---|
| AUXILIAR DE GESTION PARA EL AREA DE ATENCION AL USUARIO - CONTAC CENTER DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | N/A | ENERO | | $ 1.540.000,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| **Total del mes** | | | | | **$ 1.540.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 7.700.000,00** |

| | |
|---|---|
| **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 2022/12/28 y riesgos profesionales 2022/12/28, Planilla N° 64245223 – correspondiente al mes de Diciembre 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 DICIEMBRE; 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 | $ 1.540.000,00 | $ 0,00 | $ 7.700.000,00 |
| 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 | $ 4.340.000,00 | $ 0,00 | $ 7.700.000,00 |
| | 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 |
| COMPENSAR MI PLANILLA | 64245223 | 28/12/2022 | COMPENSAR | $ 125.000,00 | PORVENIR | $ 160.000,00 | COLMENA | $ 24.400,00 |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **YULI KATERINE CASTRO RIAÑO** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **43,972,185** |
| **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 | |