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-0998-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2265-2022	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 8523	$	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).
			418422	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.: 1.060.647.375		
MONSALVE ESCOBAR LORENA		Dirección: CALLE 6 G SUR # 4B ESTE - 51		
		Dirección: 3233208502		
		Cuenta Bancaria No. 196-000-839-213		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	
FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario				

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 MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/12/07 y riesgos profesionales 2022/12/07, Planilla N° 1050815229 – 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
SIMPLE	1050815229	7/12/2022	PORVENIR	$ 160.000,00	FAMISANAR	$ 125.000,00	SURA	$ 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	