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:	01/02/2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-026-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
028-2023	CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	Fecha de suscripción:		07/02/2023
		Valor inicial:	$	3.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)		
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		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	#¡VALOR!	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			154123	17823
			Fecha:	19/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101406235	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	
		Fecha de inicio de contrato	21/02/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			21/02/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato: HASTA LA FECHA DE TERMINACION Y CUATRO MESES MAS		
		Prorrogas: En tiempo		
		1- PRORROGA		
		2- PRORROGA		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800121035-9		
CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA		Dirección: calle 85 # 12-10 CONSULTORIO 408		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No. 014359210		
		Banco: ITAU		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 60 DIAS CALENDARIO

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 $
CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3D (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL					
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 3.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$0,00
VALOR EN LETRAS :	QUINIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

NOTA 1:
A LA FECHA NO HAY FACTURAS EN TRAMITE PARA PAGO

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
2021	$ 3.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.000.000,00
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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 3.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.000.000,00
	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 MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDES
NUMERO DE CEDULA:	52814783
FIRMA :	My Martha Salazar

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: JUAN FERNANDO MALDONADO GUALDRON	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: CORONEL MEDICO HANS FRED GARCIA ARAQUE

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		