| 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: 06-02-2023 |
| | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES | VERSIÓN: 09 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | MARZO DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | TIPO DE PROCESO | CONTRATACIÓN DIRECTA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0996-2022 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UNTH-2166-2022 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Fecha de suscripción: | | 20/10/2022 |
| | | Valor inicial: | | $ 25.740.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 115323 | | $ 21.780.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | | $ 3.960.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO | | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | |
| | | VIGENCIA AÑO | | |
| | | Adiciones : | | $ 0,00 |
| | | 1- | | $ 0,00 |
| | | 2- | $ | |
| | | 3- | $ | |
| | | 4- | $ | |
| | | Reducciones y/o Liberaciones: | $ | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | $ | |
| | | 3- | $ | |
| | | 4- | $ | |
| | | Valor Total Contrato | $ 25.740.000,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF: 419622 | N° CDP (SIIF): 141922 |
| | | | Fecha: | 20/10/2022 |
| | | Garantía Cumplimiento: N/A | | |
| | | Aseguradora: N/A | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía N/A | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: Dra. Marta Edy Ariza Mateus 19/10/2022 | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 01/11/2022 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO: 01/11/2022 | FECHA DE TERMINACION: 31/10/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 12 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | | |
|---|---|---|---|
| CALDERON CRUZ JOSE WILSON | NIT/ CC 1069174981 | | |
| | Dirección: CLL 73 SUR 80 I 70 | | |
| | Teléfono: 3013068955 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 458070018700 | | |
| | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros: X | Corriente: |

**FORMA DE PAGO:** Dentro de los 30 días calendario.

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 09 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| Descripción de Servicios a Recibir | Almacén que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | N/A | N/A | MARZO DE 2023 | N/A | $ 2.178.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 2.178.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 15.246.000,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$ 2.178.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS** |

**NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión** 2023-03-06 **y riesgos profesionales** 2023-03-06 **Planilla N°** 1052449974 – **correspondiente al mes de** FEBRERO 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 (FEBRERO DE 2023); así mismo certifico que el/la) contratista presento 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 SATISFACCION

**OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):**

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 21.780.000,00 | $ 6.534.000,00 | $ 0,00 | $ 15.246.000,00 |
| AÑO 2022 | $ 3.960.000,00 | $ 3.960.000,00 | $ 0,00 | $ 0 |
| 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 | $ 25.740.000,00 | $ 10.494.000,00 | $ 0,00 | $ 15.246.000,00 |
| | 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:** | **Dra. Marta Edy Ariza Mateus** |
| **NUMERO DE CEDULA: 63.433.451** | |
| **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 | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |