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:	ABRIL 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN ABREVIADA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-127-2022-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
329/2022	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADO PARA EL AREA DE AUDIOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2022-2026	**Fecha de suscripción:**			**02/12/2022**
		Valor inicial:	**$**		**1.427.911.400,00**
		VIGENCIA AÑO (2022)	**$**		**28.000.000,00**
		VIGENCIA AÑO (2023)	**$**		**375.480.000,00**
		VIGENCIA AÑO 2024	**$**		**386.744.000,00**
		VIGENCIA AÑO 2025	**$**		**398.346.900,00**
		VIGENCIA AÑO 2026	**$**		**239.340.100,00**
		1-	**$**		**-**
		2-	**$**		**-**
		3-	**$**		**-**
		4-	**$**		**-**
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	**$**		**-**
		1-	**$**		**-**
		2-	**$**		**-**
		3-	**$**		**-**
		4-	**$**		**-**
		Valor Total Contrato	**$**		**1.427.911.400,00**
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).	
			573022	103122	
			16/12/2022	21/07/2022	
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N° 15-44-101272580		
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS COLOMBIA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2022		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM Ricardo Silva Rueda		
		Fecha de inicio de contrato			
		Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
			16/12/2022	**31/07/2026**	
		Vigencia del Contrato: SEIS MESES (6)			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT/C.C.: 900789891-7**			
CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA		**Dirección: Carrera 9 A N° 17-55 sur piso 2**			
		Dirección: Carrera 9 A N° 17-55 sur piso 2			
		Cuenta Bancaria N°. 474100059697			
		Banco: DAVIVIENDA			
		Tipo de Cuenta:	**Ahorros**	**Corriente**	
			X		

FORMA DE PAGO: NOVENTA (90) DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS A QUE HAYA LUGAR

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 $
COORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA CORPMED CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN AUDIOLOGIA CLINICA DURANTE EL 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2023		N/A	N/A		N/A
					$ -
					$ -
Total del mes					N/A
Saldo del contrato					**$ 1.348.261.441,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales planilla N°
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de , 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): PRODUCCION ABRIL 2023 SE ENCUENTRA EN REVISION POR PARTE FACTURACION HOMIL

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 28.000.000,00	$ 28.000.000,00		$ 0,00
AÑO 2023	$ 375.480.000,00	$ 51.649.959,00		$ 323.830.041,00
AÑO 2024	$ 386.744.400,00			$ 386.744.400,00
AÑO 2025	$ 398.346.900,00			$ 398.346.900,00
AÑO 2026	$ 239.340.100,00			$ 239.340.100,00
	$ 1.427.911.400,00	$ 79.649.959,00		$ 1.348.261.441,00
VALOR TOTAL				
	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: SMSM RICARDO SILVA RUEDA
NUMERO DE CEDULA: 80.408.996
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
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago seguridad social	X	1