HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-202307097-HMC Id: 247883
Folios: 1 Fecha: 2023-03-22 07:14:01
Anexos: 0
Remitente: HOTELERIA
Destinatario: UNIDAD FINANCIERA - UNFI

Bogotá, D.C.



Doctora
**Martha Janeth Vargas Velosa**
Jefe de unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Financiera Área de presupuesto
Hospital Militar Central

**Asunto:** Envío Informe De Supervisión De Prestadores De Servicio - Área De Almacenes Y Bienes Activos.

Con toda la atención y el debido respeto, me permito hacer entrega de los informes de supervisión correspondientes al mes de marzo de los contratos de prestación de servicios del Área de Almacenes y Bienes Activos, así:

1. Contrato 0120 de 2023, Luis Orlando Albarracín Duarte.
2. Contrato 0121 de 2023, Daissy Liliana Niño Vargas.
3. Contrato 0122 de 2023, Melizza Jexenya Tamayo Maldonado.
4. Contrato 0218 de 2023, Kely Johana González Chia.
5. Contrato 0229 de 2023, Laura Valentina Lancheros González.
6. Contrato 0148 de 2023, María Alejandra Cadena Martínez.
7. Contrato 0149 de 2023, Edier Valderrama Lugo.

Paso la anterior solicitud para los fines que esa unidad estime conveniente.

Atentamente,

**PD Sandra Milena Ocaño Reyes**
Área Almacenes y Bienes Activos
Hospital Militar Central

22 MAR 2023
3:29

Elaboró: Laura Valentina Lancheros González
Auxiliar de gestión

Reviso: Melizza Jexenya Tamayo Maldonado.
Auxiliar de gestión.

Anexos: Lo enunciado

| HOSPITAL MILITAR CENTRAL A1:M91+A1:M92A1:M88 | 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: | MARZO DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | Prestación de servicios | TIPO DE PROCESO | Contratación Directa. | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0106-2023 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UNTH-0122-2023 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACEMES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | Fecha de suscripción: | | 25/01/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 14.527.300,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | $ | 14.527.300,00 |
| | | VIGENCIA AÑO | $ | - |
| | | 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 | $ | 14.527.300,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 134323 | 16523 |
| | | | Fecha: | 25/01/2023 |
| | | 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: | | SANDRA MILENA OCAÑO REYES |
| | | Fecha de inicio de contrato | | 25/01/2023 |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 25/01/2023 | 31/10/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 10 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | NIT/C.C.: 1.034.656.514 | | |
|---|---|---|---|
| MELIZZA JEXENYA TAMAYO MALDONADO | Dirección: AV. 6 # 45-57 SEGUNDO PISO | | |
| | Cuenta Bancaria No. 055048843033347 3 | | |
| | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | X | |

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 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 $ |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACEMES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | N/A | N/A | MARZO de 2023 | N/A | $ 1.540.000,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| Total del mes | | | | | $ 1.540.000,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 10.780.000,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $1.540.000,00 |
| VALOR EN LETRAS : | MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS |

**NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 04/03/2022 y riesgos profesionales 04/03/2022 Planilla N° 1052494197 – CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO 2023**
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **FEBRERO 2023:** así mismo certifico que 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 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 2023 | $ 14.527.300,00 | $ 3.747.300,00 | $ 0,00 | $ 10.780.000,00 |
| AÑO | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| VALOR TOTAL | $ 14.527.300,00 | $ 3.747.300,00 | $ 0,00 | $ 10.780.000,00 |
| | 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 |
| Aportes en Línea | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | SANDRA MILENA OCAÑO REYES |
| NUMERO DE CEDULA: | 53.154.367 |
| 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 |