HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-202312109-HMC Id: 257712
Folios: 1 Fecha: 2023-05-17 11:06:40
Anexos: 0
Remitente: ALMACENES Y BIENES ACTIVOS
Destinatario: SUBDIRECCION DE FINANZAS - SUFI

Bogotá, D.C.,



Ingeniero
**José Miguel cortes García**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Financiera
Área de Presupuesto (E)
Hospital Militar Central

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

Con toda la atención y el debido respeto, me permito hacer entrega de los informes de supervisión correspondientes a Mayo de 2023 de los contratos de prestación de servicios del Área de Almacenes y Bienes Activos, así:

1. Contrato 0121 de 2023, Daissy Liliana Niño Vargas.
2. Contrato 0122 de 2023, Melizza Jexenya Tamayo Maldonado,
3. Contrato 0229 de 2023, Laura Valentina Lancheros González.
4. Contrato 0148 de 2023, María Alejandra Cadena Martínez.

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

Atentamente,

SMC (RA). **Luis Orlando Albarracin Duarte**
Área de Almacenes y Bienes Activos
Hospital Militar central



Diana
18 MAY 2023
8:16 a

| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME DE SUPERVISION PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022 |
| | PROCESO: GESTION ADQUISICIONES | VERSIÓN: 08 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | MAYO 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| 0121-2023 | OBJETO: AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACENES 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 (Ej:2023) | $ | 14.527.300,00 |
| | | VIGENCIA AÑO (Ej: 2022) | $ | - |
| | | 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 | Nº CDP (SIIF). |
| | | | 134223 | 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: | SMC (RA) ORLANDO ALBARRACIN DUARTE | |
| | | 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: 09 MESES | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: DAISSY LILIANA NIÑO VARGAS | | NIT: C.C 1.013.651.987 DE BOGOTA | | |
| | | Dirección: CALLE 70B # 40 B 13 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 002800188639 | | |
| | | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | x | |

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRAMITES 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 $ |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACENES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL | N/A | N/A | MAYO 2023 | N/A | $ 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 MILLON QUINIENTOS CUARENTAMIL PESOS |

**NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/05/15 y riesgos profesionales 2023/05/15 Planilla N°9450396559 – correspondiente al mes de ABRIL 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 ABRIL 2023; 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 SATISFACCION.

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 | $ 6.827.300,00 | $ 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 |
| AÑO XXXX | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| VALOR TOTAL | $ 14.527.300,00 | $ 6.827.300,00 | $ 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.

| INFORMACION GENERAL | | | SALUD | | PENSIÓN | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | SMC (RA) ORLANDO ALBARRACIN DUARTE |
| NUMERO DE CEDULA: | 80´370.101 |
| 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 / 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 | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |