| 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: | MAYO DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | DIRECTA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-1005-2022 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UNTH-2427-2022 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | Fecha de suscripción: | 24/10/2022 | |
| | | Valor inicial: | $ 18.200.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 74123 | $ 15.400.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ 2.800.000,00 | |
| | | 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 | $ 18.200.000,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 430922 | 142222 |
| | | | Fecha: | 24/10/2022 |
| | | 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: | CAROLINA SILVA HENAO - 01/11/2022 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 01/11/2022 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 01/11/2022 | 31/10/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | 52540129 | | |
| RAMIREZ AGREDO MARIA DOLLY | | Dirección: Carrera 9 ESTE N 27-86 | | |
| | | Teléfono: 3057129697 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 0550008400827187 | | |
| | | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | x | |

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 | 08 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Página: | | 2 DE 2 |

| Descripción de Servicios a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | | N/A | MAYO | | $ 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 MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/05/05 y riesgos profesionales 2023/05/05, Planilla N° 8366959504– correspondiente al mes de ABRIL de 202:
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; 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 SATISFACCIÓN.

**OBSERVACIONES: Contratista no realiza buen agendamiento de especialidades (1)**

1

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 15.400.000,00 | $ 4.620.000,00 | $ 0,00 | $ 7.700.000,00 |
| AÑO 2022 | $ 2.800.000,00 | $ 2.800.000,00 | $ 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 | $ 18.200.000,00 | $ 7.420.000,00 | $ 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 | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **DIANA CAROLINA SILVA HENAO** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **55,304,157** |
| **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 Subdirecto

| | |
|---|---|
| **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 | SI | |
| Acta de supervisión y/o Factura | SI | |
| Pago de Seguridad Social | NO | |