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:	12 MAYOI 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTÍA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-006-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
028-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EXÁMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	Fecha de suscripción:		07-Feb-23
		Valor inicial:	$	3.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	3.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	3.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			154123	17823
			Fecha:	15/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101406235	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY. MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ 10/02/2023	
		Fecha de inicio de contrato	21/02/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			21/02/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SEIS MESES MAS	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-	NO	
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:	800121035-9	
CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA		Dirección:	Cll 85 No 12-10 ofc 408	
		Cuenta Bancaria No.	040444481	
		Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: Sesenta (60) dias siguientes al recibo a satisfaccion de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los tramites administrativos y financieros a q haya lugar.

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	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EXÁMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	NO APLICA	RC-243566	14-5-23	NO APLICA	$ 569.254,00
					$ 569.254,00
Saldo del contrato					**$ 2.430.746,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$569.254,00**
VALOR EN LETRAS :	**CUATRO MILLONES QUININENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE**

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales, de acuerdo a certificacion de fecha 13/ABR/23 Correspondiente a los ultimos seis (06) meses.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de los meses de los ultimos sies (06) meses respectivamente, asi mismo, certifico que el contratista presentó el informe de actividades o la relacion de bienes y/o 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 SATISFACCCION.

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
2022	$ 3.000.000,00	$ 569.254,00	$ 0,00	$ 2.430.746,00
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	$ 3.000.000,00	$ 569.254,00	$ 0,00	$ 2.430.746,00
	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:	**MY. MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ**
NUMERO DE CEDULA:	**52814783**
FIRMA :	My Martha Liliana Salazar.

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:**	**CR. HANS GARCIA ARAQUE**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	6
Pago de Seguridad Social	X	2