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:	mar-23				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1020-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2710-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE RADIOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		1/11/2022
		Valor inicial:	$	18.200.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023 (SIIF 75723)	$	15.400.000,00
		VIGENCIA AÑO 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	$	18.200.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			454422	152522
			Fecha:	1/11/2022
		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:	Coronel (RA) Juan Oswaldo Berdugo Moreno Fecha: 01/11/2022	
		Fecha de inicio de contrato	1/11/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			1/11/2022	31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 12 MESES - 31 Octubre 2023		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 1015472952		
NATALY AVELLANEDA FRAILE	Dirección: CRA 108 # 74-16		
	Telefono: 3002594378		
	Cuenta Bancaria No. 0550485900009260		
	Banco: BANCO DAVIVIENDA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: 31 DIAS CALENDARIO. INFORME SUPERVISION No.5 MARZO 2023

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 $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE RADIOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	MARZO	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	UN MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE.

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/03/07 y riesgos profesionales 2023/03/07 N° 1053143547– correspondiente al mes de febrero de 2023. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (Febrero); 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):

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	$ 10.780.000,00
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	$ 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Coronel (RA) **Juan Oswaldo Berdugo Moreno**

NUMERO DE CEDULA: 79150678

FIRMA:

NOTA 3:

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		