

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:	JUNIO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0275-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
0327-2023	AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA	Fecha de suscripción:		18 de Mayo de 2023	
		Valor inicial:	\$	10.774.300,00	
		VIGENCIA AÑO (2023)	\$	10.774.300,00	
		VIGENCIA AÑO (2022)	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		Adiciones (Si aplica) :	\$	-	
		1-			
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	\$	132.200,00	
		1-	\$	132.200,00	
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Valor Total Contrato		\$	10.642.100,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				231823	45423
				Fecha:	18/05/2023
		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:		SMSM Juliana Maria Ordoñez Mosquera. MD Fecha:18-05-	
		Fecha de inicio de contrato		18/05/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				18/05/2023	31/10/2023
		Vigencia del Contrato:06 Meses			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:1007105373			
OSCAR DUVAN SANABRIA RODRIGUEZ		Dirección:Carrera 2B No.88-44 Sur			
		Telefono:3194286342			
		Cuenta Bancaria No.241-185-815-21			
		Banco: Caja Social			
		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	VERSION	O8
		Página:	2 DE 2		

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA		N/A	MAYO DE 2023	N/A	\$ 727.100,00
					\$ -
					\$ -
Total del mes					\$ 727.100,00
Saldo del contrato					\$ 9.915.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$727.100,00
VALOR EN LETRAS :	Setecientos Veinti Siete Mil Cien Pesos M.C.T.E

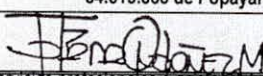
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/06/05 y riesgos profesionales 2023/06/05 Planilla N°155197241- correspondiente al mes de MAYO -2023
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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

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
ANO 2022	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
ANO 2023	\$ 10.774.300,00	\$ 727.100,00	\$ 132.200,00	\$ 9.915.000,00
ANO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$ 10.774.300,00	\$ 727.100,00	\$ 132.200,00	\$ 9.915.000,00
	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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	SMSM Juliana María Ordoñez Mosquera. MD
NUMERO DE CEDULA:	34.315.888 de Popayán
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

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	
--------------------------------	--

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		