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:	MAYO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0996-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2200-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		20/10/2022
		Valor inicial:		$ 25.740.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 89923		$ 21.780.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022		$ 3.960.000,00
		VIGENCIA AÑO		
		VIGENCIA AÑO	$	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		$ 0,00
		1-		$ 0,00
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones y/o Liberaciones:	$	
		1-		
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Valor Total Contrato	$ 25.740.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			425922	141922
			Fecha:	20/10/2022
		Garantía Cumplimiento: N/A		
		Aseguradora: N/A		
		Fecha de aprobación de la Garantía N/A		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación: Dra. Marta Edy Ariza Mateus 19/10/2022		
		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: 12 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/ CC 1013629263		
PRIETO RAMIREZ JENNY ROSMARY		Dirección: CRR 25 23 A 08 SUR		
		Teléfono: 3212453302		
		Cuenta Bancaria No. 474100061180		
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.		
		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	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	MAYO DE 2023	N/A	$ 2.178.000,00
Total del mes					**$ 2.178.000,00**
Saldo del contrato					**$ 10.890.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$ 2.178.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° 1053954025 **– correspondiente al mes de** ABRIL DE 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 DE 2023); 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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 21.780.000,00	$ 10.890.000,00	$ 0,00	$ 10.890.000,00
AÑO 2022	$ 3.960.000,00	$ 3.960.000,00	$ 0,00	$ 0
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	$ 25.740.000,00	$ 14.850.000,00	$ 0,00	$ 10.890.000,00
	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:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus
NUMERO DE CEDULA: 63.433.451	
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 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		
Pago de Seguridad Social	X	1