

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:	ABRIL DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0996-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UNTH-2205-2022	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 90423 \$ 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).
				426822	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 1026251882			
JENNY ALEXANDRA SANCHEZ PEREZ	Dirección: CLL 30 SUR 9 F 08				
	Teléfono: 3195023155-3629249				
	Cuenta Bancaria No. 004470602949				
	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 Ingres	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	ABRIL DE 2023	N/A	\$ 2.178.000,00
Total del mes					\$ 2.178.000,00
Saldo del contrato					\$ 13.068.000,00

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 2023-04-05 y riesgos profesionales 2023-04-05 Planilla N° 7873107822 – correspondiente al mes de MARZO 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 (MARZO 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	\$ 8.712.000,00	\$ 0,00	\$ 13.068.000,00
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	\$ 12.672.000,00	\$ 0,00	\$ 13.068.000,00
	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