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	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1005-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2427-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	24/10/2022	
		Valor inicial:	$ 18.200.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 74123	$ 15.400.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$ 2.800.000,00	
		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).
			430922	142222
			Fecha:	24/10/2022
		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:	CAROLINA SILVA HENAO - 01/11/2022	
		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: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		52540129		
RAMIREZ AGREDO MARIA DOLLY		Dirección: Carrera 9 ESTE N 27-86		
		Teléfono: 3057129697		
		Cuenta Bancaria No. 055000840082718 7		
		Banco: DAVIVIENDA		
		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	08
			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 CONSULTA EXTERNA		N/A	JUNIO		$ 1.540.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.540.000,00**
Saldo del contrato					**$ 6.160.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.540.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**UN MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/05/06 y riesgos profesionales 2023/05/06, Planilla N° 8367772642– correspondiente al mes de MAYOde 202:
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 presentó 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 SATISFACCIÓN.

OBSERVACIONES: Contratista no realiza buen agendamiento de especialidades (2)

1

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 15.400.000,00	$ 6.160.000,00	$ 0,00	$ 6.160.000,00
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	$ 8.960.000,00	$ 0,00	$ 6.160.000,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**DIANA CAROLINA SILVA HENAO**
NUMERO DE CEDULA:	**55,304,157**
FIRMA :	Enf. Carolina Silva Oficial de Sanidad Militar

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 Subdirecto

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	SI	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	