

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa <small>Por nosotros, la Patria, la Defensa, para el bienestar nacional</small> 		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 1	
Fecha:	MARZO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1082-2022

3092/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		11/3/2022	
		Valor inicial:		\$23.315.800,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$3.485.800,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 82023		\$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$264.400,00	
		1-			
		Valor Total		\$23.315.800,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				517622	102122
				Fecha:	11/3/2022
		Garantía Cumplimiento :		N/A	
		Aseguradora:		N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:		03/11/2022	
Fecha de Inicio :		03/11/2022			
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
		03/11/2022	31/10/2023		
Vigencia del Contrato: 31/10/2023					
Prorrogas:					
1-					
2-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1007703549			
CARPIO ROJAS DANNA VALENTINA		Dirección: CALLE 64D #105D - 51			
		Teléfono: 3204427038			
		Cuenta Bancaria No. 0550488413552206			
		Banco: Davivienda			
		Tipo de Cuenta:			
		Ahorros	Corriente		
		X			

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°3092/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2023		\$1.850.800,00
Total del mes					\$1.850.800,00
Saldo del contrato					\$13.881.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE FEBRERO\$132.200,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.850.800,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales66143817 correspondiente al mes de FEBRERO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de 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 faltante26/02/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$3.485.800,00	\$3.485.800,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$19.830.000,00	\$5.684.600,00	\$264.400,00	\$13.881.000,00
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	\$23.315.800,00	\$7.319.600,00	\$264.400,00	\$13.881.000,00
	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

NUMERO DE CEDULA:

FIRMA :

Jefe Jannethe Novoa Cucarian
Servidor Misional en Sanidad Misional
Servicio de Enfermería
Hospital Militar Central
Supervisora Contrato
39.795.444



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		