

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 nuestra Patria, nuestro honor, nuestra conciencia</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:		ABRIL DE 2023			
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL
					CPSUNTH-1053-202

2948/2022	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:	10/29/2022	
		Valor inicial:	\$23.436.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	\$3.606.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 53623	\$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	\$	
		2-	\$	
		3-	\$	
		4-	\$	
		Reducciones :	\$240.400,00	
		1-		
		Valor Total	\$23.436.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			493622	142122
			Fecha:	10/29/2022
		Garantía Cumplimiento :	N/A	
		Aseguradora:	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:	01/11/2022	
		Fecha de Inicio :	01/11/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIO
			01/11/2022	31/10/2023
		Vigencia del Contrato:	31/10/2023	
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: 1077970818	
		Dirección:	CARRERA 17 BIS A 60 B 39 SUR	
		Teléfono:	3209142585	
		Cuenta Bancaria No.	4432007863	
QUICENO FIGUEREDO JOSE FERNEY		Banco:	Banco Colpatria	
		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°2948/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ABRIL DE 2023	NOCHE 1	\$1.983.000,00
Total del mes					\$1.983.000,00
Total del contrato					\$11.898.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE ABRIL \$,00

ALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.983.000,00
ALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales8624267472 correspondiente al mes de MARZO 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); 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

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$3.606.000,00	\$3.365.600,00	\$240.400,00	\$,00
AÑO 2023	\$19.830.000,00	\$7.932.000,00	\$,00	\$11.898.000,00
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	\$23.436.000,00	\$11.297.600,00	\$240.400,00	\$11.898.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

OTA 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

OMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:

UMERO DE CEDULA:

IRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

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

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		