

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 el bienestar de la nación, desde el servicio al ciudadano</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:		JUNIO DE 2023									
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS		TIPO DE PROCESO		CONTRATACION DIRECTA		N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL		CPSUNTH-1012-2022	

2524/2022	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:		10/27/2022	
		Valor inicial:		\$23.436.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$3.606.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 29623		\$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$324.500,00	
		1-			
		Valor Total		\$23.436.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				468122	102122
				Fecha:	10/27/2022
		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 TERMINACION
01/11/2022	31/10/2023				
Vigencia del Contrato: 31/10/2023					
Prorrogas:					
1-					
2-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1013598649			
CRUZ ORJUELA EDITH		Dirección: CARRERA 6 N 7 97 SUR			
		Teléfono: 3123314334			
		Cuenta Bancaria No. 03145146487			
		Banco: Bancolombia			
		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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°2524/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MAYO DE 2023	NOCHE 1	\$1.850.800,00
Total del mes					\$1.850.800,00
Saldo del contrato					\$9.915.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE MAYO \$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 profesionales 528042341 correspondiente al mes de ABRIL 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); 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 faltante 2/05/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$3.606.000,00	\$3.545.900,00	\$60.100,00	\$,00
AÑO 2023	\$19.830.000,00	\$9.650.600,00	\$264.400,00	\$9.915.000,00
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	\$13.196.500,00	\$324.500,00	\$9.915.000,00
	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:	Jefe Maria Nelcy Toro Quintero Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería (E) Hospital Militar Central Supervisora Contrato	52.277.745
NUMERO DE CEDULA:		
FIRMA :		

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		