

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 servicios y bienes, para el control y gestión</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:		JULIO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1013-2022

2598/2022	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 44623		\$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$396.600,00	
		1-			
		Valor Total		\$23.436.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				477322	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: 1233909542			
MARTINEZ CAÑON AURA CRISTINA		Dirección: CARRERA 110 A N° 143 50			
		Teléfono: 3015980762			
		Cuenta Bancaria No. 68392477253			
		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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°2598/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	JULIO DE 2023	noche 1	\$1.850.800,00
Total del mes					\$1.850.800,00
Saldo del contrato					\$5.949.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE JULIO \$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 profesionales1055339858 correspondiente al mes de JUNIO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 12:00:00 AM

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$3.606.000,00	\$3.606.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$19.830.000,00	\$13.484.400,00	\$396.600,00	\$5.949.000,00
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	\$17.090.400,00	\$396.600,00	\$5.949.000,00
	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 Jannethe Novoa Cucarian

Servidor Misional en Sanidad Misional

Servicio de Enfermería

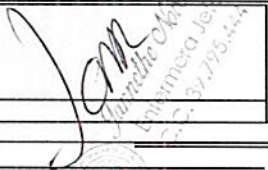
Hospital Militar Central

Supervisora Contrato

NUMERO DE CEDULA:

39.795.444

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		