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:	AGOSTO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUNTH-1005-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2432-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	27/10/2022	
		Valor inicial:	$ 18.200.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 75223	$ 15.400.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$ 2.800.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		VIGENCIA AÑO	$ -00	
		Adiciones (Si aplica) :	$ -00	
		1-		
		2-	$ -00	
		3-	$ -00	
		4-	$ -00	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$ -00	
		1-	$ -00	
		2-	$ -00	
		3-	$ -00	
		4-	$ -00	
		Valor Total Contrato	$ 18.200.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF: 431522	Nº CDP (SIIF): 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:	MAYOR CAROLINA SILVA HENAO - 01/11/2023	
		Fecha de inicio de contrato	01/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 01/11/2022	FECHA DE TERMINACION: 31/10/2023
		Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1024493968		
VILLARRUEL ROJAS MONICA		Dirección: CLL 5 NO. 5D-10		
		Teléfono: 3125203054		
		Cuenta Bancaria No. 031-274244-61		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros: x	Corriente:

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 dias 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	AGOSTO		$ 1.540.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 1.540.000,00
Saldo del contrato					$ 3.080.000,00

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

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/14/08 y riesgos profesionales 2023/14/08 Planilla N° 1055981939 correspondiente al mes de JULIO de 2023
n mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de JULIO; así mismo certifico que el/la)
ontratista 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
bjeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN.

BSERVACIONES

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 15.400.000,00	$ 12.320.000,00	$ 0,00	$ 3.080.000,00
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	$ 15.120.000,00	$ 0,00	$ 3.080.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 0,00	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

OMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**DIANA CAROLINA SILVA HENAO**
UMERO DE CEDULA:	**55,304,157**

IRMA :

OTA 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 Subdi

IRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

OCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	