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:	JUNIO/2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0280-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
0312/2023	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA EL SERVICIO DE SALAS CE CIRUGIA	Fecha de suscripción:		5/05/2023
		Valor inicial:	$	18.814.400,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	18.814.400,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2022)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :NA	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	18.814.400,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			224323	28023
			Fecha:	5/05/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :NO		
		Aseguradora (Si aplica): NO		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): NO		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SINDY AMAYA 01/02/2023	
		Fecha de inicio de contrato	5/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			05/045/2023	31-10-2023
		Vigencia del Contrato: 05 DE MAYO HASTA 31 DE OCTUBRE 2023		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 52.205.254		
NEIFY ALIET MORA FORIGUA		Dirección:		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No.488426839863		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES 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 PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA EL SERVICIO DE SALAS CE CIRUGIA			jun-23		$ 2.779.400,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 2.779.400,00
Saldo del contrato					**$ 12.828.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.779.400,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES SETECINTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE($2.779.400)**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/05/09 y riesgos profesionales 2023/05/09 Planilla N° 4498082115 – correspondiente al mes de MAYO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 18.814.400,00	$ 2.779.400,00	$ 0,00	$ 16.035.000,00
AÑO 2022	$ 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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 18.814.400,00	$ 2.779.400,00	$ 0,00	$ 16.035.000,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**SINDY AMAYA MARQUEZ**	
NUNERO DE CEDULA:	**52.395.857**	
FIRMA :		

NOTA 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 Subdirector

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		