

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 nosotros, T. en las decisiones, para el bienestar público</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:		DICIEMBRE DE 2022									
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS		TIPO DE PROCESO		CONTRATACION DIRECTA		N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL		CPSUNTH-0999-2022	

2280/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/25/2022			
		Valor inicial:		\$46.884.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2022		\$7.240.000,00			
		VIGENCIA AÑO 2023		\$39.644.000,00			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO					
		Adiciones :					
		1-		\$			
		2-		\$			
		3-		\$			
		4-		\$			
		Reducciones :		\$,00			
		1-					
		Valor Total		\$46.884.000,00			
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)		
				436722	4533		
				Fecha:	10/25/2022		
		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: 32580327							
Dirección: CARRERA 4 BN° 20-00							
Teléfono: 3134570148							
Cuenta Bancaria No. 456170038412							
Banco: Davivienda							
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°2280/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	DICIEMBRE DE 2022	NOCHE 1	\$3.607.000,00
Total del mes					\$3.607.000,00
Saldo del contrato					\$39.670.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$3.607.000,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de NOVIEMBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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	\$7.240.000,00	\$3.607.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$39.644.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$39.644.000,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO XXXX	\$ 0,00	\$3.607.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VALOR TOTAL	\$46.884.000,00	\$3.607.000,00	\$,00	\$39.670.000,00
	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:

NUMERO DE CEDULA:

FIRMA :

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

39.795.444

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		