

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 1	
Fecha:		MAYO DE 2023			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0999-2022

2307/2022	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 SIFF 40423		\$39.644.000,00			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO		\$ NA			
		VIGENCIA AÑO					
		Adiciones :					
		1-		\$			
		2-		\$			
		3-		\$			
		4-		\$			
		Reducciones :		\$2.464.427,00			
		1-					
		Valor Total		\$46.884.000,00			
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)		
				441922	141522		
				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: 1082840016					
GOMEZ TABORDA JAIME LEONEL		Dirección: CALLE 67B SUR N 13 60 T 4 APTO 308					
		Teléfono: 3115296268					
		Cuenta Bancaria No. 0550470100203152					
		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 Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°2307/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MAYO DE 2023	noche	\$3.041.369,00
Total del mes					\$3.041.369,00
Saldo del contrato					\$19.835.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE MAYO \$925.631,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$3.041.369,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES CUARENTA Y UN MIL TRECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 9449814180 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 e incapacidad 30/04/2023 inc 03 y 04/05/2023, 06 al 08/05/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$7.240.000,00	\$6.204.136,00	\$1.009.864,00	\$,00
AÑO 2023	\$39.644.000,00	\$18.380.437,00	\$1.454.563,00	\$19.835.000,00
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	\$46.884.000,00	\$24.584.573,00	\$2.464.427,00	\$19.835.000,00
	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 Janneth Novoa Cucarian Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería Hospital Militar Central Supervisora Contrato 39.795.444
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		