

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: MARZO DE 2023					
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-1003-2022

2401/2022	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: 10/26/2022		
		Valor inicial: \$46.884.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2022 \$7.240.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 54823 \$39.644.000,00		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO \$ NA		
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1- \$		
		2- \$		
		3- \$		
		4- \$		
		Reducciones : \$132.233,00		
		1-		
		Valor Total \$46.884.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			450522	141522
			Fecha:	10/26/2022
		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: 1002331579				
Dirección: CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá				
Teléfono: 3186507713				
Cuenta Bancaria No. 550488433114474				
Banco: DAVIVIENDA				
Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente		
	X			

SANCHEZ TORRES LICETH VALERIA

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°2401/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MARZO DE 2023		\$3.834.767,00
Total del mes					\$3.834.767,00
Saldo del contrato					\$27.769.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE FEBRERO\$132.233,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$3.834.767,00
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales4485610058 correspondiente al mes de FEBRERO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (FEBRERO); 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 faltante17/02/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$7.240.000,00	\$7.214.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$39.644.000,00	\$11.768.767,00	\$132.233,00	\$27.769.000,00
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	\$15.148.000,00	\$132.233,00	\$27.769.000,00
	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		