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:	5/09/23				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	TIPO DE PROCESO	Mínima Cuantía	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CO1.PCCNTR.4897154

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
215-2023	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LÁSER VASCULAR DYE COLORANTE PULSADO, PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		15/06/23
		Valor inicial:	$	10.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	10.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	10.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	No RP SIIF	Nº CDP (SIIF).
			2313 SIIF 227823	467 SIIF 46823
			Fecha: 15/05/2023	Fecha: 2/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	No. Póliza: 33-44-101239189 33-40-101074948	
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	13/06/23	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Julio Roberto Amador 14.06.2023	
		Fecha de inicio de contrato	15/06/23	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			15/06/23	15/12/23
		Vigencia del Contrato:		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800247350		
ESE CENTRO DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA		Dirección: Calle 1 No. 13 -61		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No. 309043867		
		Banco: BBVA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO:

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 $
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LÁSER VASCULAR DYE COLORANTE PULSADO, PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.			dd/mm/aaaa		
					$ -
					$ -
Total del mes					$ -
Saldo del contrato					Valor total-valor ejecutado en pesos ($000000)

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$0.00
VALOR EN LETRAS :	#¿NOMBRE?

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y Riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° XXXX correspondiente al mes de XXXX

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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 : Durante el mes de AGOSTO 2023 no se recibieron facturas para pago. No se remitieron pacientes

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO XXXX	$ 10.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.000.000,00
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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 10.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.000.000,00
	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: Julio Roberto Amador Patarroyo

NUMERO DE CEDULA: CC80090823

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		