

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 y para nosotros, por el bienestar común</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:		AGOSTO DE 2023									
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS		TIPO DE PROCESO		CONTRATACION DIRECTA		N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL		CPSUNTH-1053-2022	

3000/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/31/2022	
		Valor inicial:		\$23.436.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$3.606.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 68323		\$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$,00	
		1-			
		Valor Total		\$23.436.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				498622	102122
				Fecha:	10/31/2022
		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: 1004844625			
Dirección: KR 81 NO 77 SUR -51					
Teléfono: 7956600					
Cuenta Bancaria No. 24114141635					
Banco: BANCO CAJA SOCIAL					
Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente		
		X			

SANTIAGO SALAZAR KAREN ANDREA

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°3000/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	AGOSTO 2023		\$1.983.000,00
Total del mes					\$1.983.000,00
Saldo del contrato					\$3.966.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE AGOSTO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.983.000,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1055990687 correspondiente al mes de JULIO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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	\$3.606.000,00	\$3.606.000,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$19.830.000,00	\$15.864.000,00	\$,00	\$3.966.000,00
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	\$23.436.000,00	\$19.470.000,00	\$,00	\$3.966.000,00
	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		PENSION		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 Cucarlan 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		