

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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	JUNIO DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0996-2022

CONTRATO NO.	OBJETO	DATOS GENERALES DEL CONTRATO
UNTH-2179-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 20/10/2022
		Valor inicial: \$ 25.740.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 88923 \$ 21.780.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022 \$ 3.960.000,00
		VIGENCIA AÑO
		VIGENCIA AÑO \$
		VIGENCIA AÑO
		Adiciones: \$ 0,00
		1- \$ 0,00
		2- \$
		3- \$
		4- \$
		Reducciones y/o Liberaciones: \$
		1-
		2- \$
		3- \$
		4- \$
		Valor Total Contrato: \$ 25.740.000,00
		COMPROMISO PRESURJESTAL
		SIIF 421622 N° CDP (SIIF) 141922
		Fecha: 20/10/2022
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	DIANA MILENA GAMEZ GARCIA	Garantía Cumplimiento: N/A
		Aseguradora: N/A
		Fecha de aprobación de la Garantía N/A
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:
		Dra. Marta Edy Ariza Mateus
		19/10/2022
		Fecha de inicio de contrato 01/11/2022
		Plazo de ejecución
		FECHA DE INICIO 01/11/2022
		FECHA DE TERMINACION 31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 12 MESES
		Prorrogas: En tiempo
		1-
		2-
		3-
		NIT/ CC 1070589348
		Dirección: CLL 87 SUR 91-90 T1 APTO 1001
		Teléfono: 3134604660
		Cuenta Bancaria No. 474400064389
		Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.
		Tipo de Cuenta
		Ahorros X Corriente

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario.

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
Página:				2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	JUNIO DE 2023	N/A	\$ 2.178.000,00
Total del mes					\$ 2.178.000,00
Saldo del contrato					\$ 8.712.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$ 2.178.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-06-06 y riesgos profesionales 2023-06-06 Planilla N° 68134252 – correspondiente al mes de MAYO DE 2023

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO DE 2023); 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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 21.780.000,00	\$ 13.068.000,00	\$ 0,00	\$ 8.712.000,00
AÑO 2022	\$ 3.960.000,00	\$ 3.960.000,00	\$ 0,00	\$ 0
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	\$ 25.740.000,00	\$ 17.028.000,00	\$ 0,00	\$ 8.712.000,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Dra. Marta Edy Ariza Mateus
NUMERO DE CÉDULA: 63.433.451	
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	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1