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:	sep-23				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II	CPSUNTH-1034-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-2778-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Fecha de suscripción:		28/10/2022
		Valor inicial:	$	23.436.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	3.606.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2023) SIF: 2323	$	19.830.000,00
		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	$	23.436.000,00

COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
	479522	140822
	Fecha:	28/10/2022

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A
Aseguradora (Si aplica):	N/A
Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A
Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM ESQUIVIA PAJARO CARMEN TERESA
Fecha de inicio de contrato	28/10/2022

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	1/11/2022	31/10/2023

Vigencia del Contrato: 01/11/2022 AL 31/10/2023
Prorrogas: N/A
1-
2-
3-

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	
DANIEL FELIPE RODRIGUEZ VALENZUELA	NIT/C.C.: 1007627471
	Dirección: CRA 104a #22f-45
	Telefono: 3148438668
	Cuenta Bancaria No. 0550488416384946
	Banco: DAVIVIENDA.

Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
	X	

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

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 $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	N/A	N/A	sep-23	N/A	$ 1.983.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					$ 1.983.000,00
Saldo del contrato					$ 1.983.000,00

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 2023/18/09 y riesgos profesionales 2023/18/09 Planilla N° 70976715 correspondiente al mes de AGOSTO
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de AGOSTO; 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

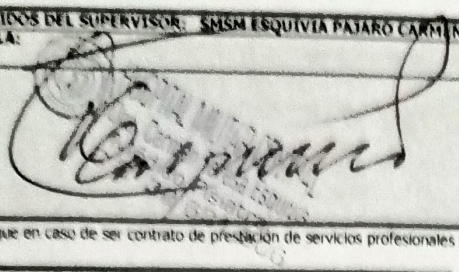
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 3.606.000,00	$ 3.606.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 19.830.000,00	$ 17.847.000,00	$ 0,00	$ 1.983.000,00
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	$ 21.453.000,00	$ 0,00	$ 1.983.000,00
	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: SMSM ESQUIVIA PAJARO CARMEN TERESA
NUMERO DE CEDULA:
32 681 966
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		