

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 GESTIÓN INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	Octubre 10/2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOPII / TIENDA VIRTUAL	MC-014-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
016-2023	CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		01/02/2023	
		Valor inicial:	\$	25.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	\$	-	
		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		\$	25.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				140623	10423
				Fecha:	03/02/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		14-44-101173729	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		06/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	
		Fecha de inicio de contrato		06/02/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				06/02/2023	31/12/2023
		Vigencia del Contrato:			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 19352271			
LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA		Dirección: CALLE 87 #22-16			
		Dirección:			
		Cuenta Bancaria No. 006100588406			
		Banco: DAVIVIENDA			
		Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente
				X	

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIOS

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 Ingresar	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		3687	SEPTIEMBRE 11/2023		\$ 25.000,00
		3691	SEPTIEMBRE 21/2023		\$ 25.000,00
		3692	SEPTIEMBRE 21/2023		\$ 25.000,00
		3693	SEPTIEMBRE 25/2023		\$ 880.000,00
Total del mes					\$ 955.000,00
Saldo del contrato					\$ 22.580.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$955.000,00
VALOR EN LETRAS:	DOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales 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 el mes de (08); 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 2023	\$ 25.000.000,00	\$ 2.420.000,00	\$ 0,00	\$ 22.580.000,00
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	\$ 25.000.000,00	\$ 2.420.000,00	\$ 0,00	\$ 22.580.000,00
	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:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ
NUMERO DE CEDULA:	51814783
FIRMA:	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facture, 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		