

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 GESTIÓN 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	CPSUNTH-0996-2022
		TIENDA VIRTUAL	

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
UNTH-2185-2022	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 115823 \$ 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 PRESUPUESTAL					
		<table border="1"> <tr> <th>SIIF</th> <th>Nº CDP (SIIF)</th> </tr> <tr> <td>423222</td> <td>141922</td> </tr> <tr> <td>Fecha:</td> <td>20/10/2022</td> </tr> </table>		SIIF	Nº CDP (SIIF)	423222	141922
SIIF	Nº CDP (SIIF)						
423222	141922						
Fecha:	20/10/2022						
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							
<table border="1"> <tr> <th>Plazo de ejecución</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACION</th> </tr> <tr> <td></td> <td>01/11/2022</td> <td>31/10/2023</td> </tr> </table>		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		01/11/2022	31/10/2023
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION					
	01/11/2022	31/10/2023					
Vigencia del Contrato: 12 MESES							
Prorrogas: En tiempo							
1-							
2-							
3-							
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:							
IBÁÑEZ MOLANO SANDRA MARCELA							
NIT/ CC 1018439819							
Dirección: CLL 46 B 1A 30							
Teléfono: 3208767219							
Cuenta Bancaria No. 474170008566							
Banco: DAVIVIENDA							
Tipo de Cuenta:							
<table border="1"> <tr> <td>Ahorros</td> <td>Corriente</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>		Ahorros	Corriente	X			
Ahorros	Corriente						
X							

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 Ingres	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 y riesgos profesionales Planilla N° 5164559281 – 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 CEDULA: 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