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 GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	NOVIEMBRE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUNTH-0106-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
0121-2023	OBJETO: AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACENES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	$	25/01/2023
		Valor inicial:	$	14.527.300,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	14.527.300,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2022)	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	3.080.000,00
		1-VIGNCIA AÑO 2023	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	17.607.300,00

COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
	134223	16523
	Fecha:	25/01/2023

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:	SMC (RA) ORLANDO ALBARRACIN DUARTE
Fecha de inicio de contrato	25/01/2023

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	25/01/2023	31/10/2023

Vigencia del Contrato: 09 MESES	
Prorrogas: 2 MESES	
1-	31/12/2023
2-	
3-	

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: C.C 1.013.651.987 DE BOGOTA
DAISSY LILIANA NIÑO VARGAS	Dirección: CALLE 70B # 40 B 13
	Cuenta Bancaria No. 002800188639
	Banco: DAVIVIENDA

Tipo de Cuenta:	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	08
		Página:			2 DE 2

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL ÁREA DE ALMACENES Y BIENES ACTIVOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	NOVIEMBRE 2023	N/A	$ 1.540.000,00
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 1.540.000,00**
Saldo del contrato					**$ 1.540.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.540.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**UN MILLON QUINIENTOS CUARENTAMIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/11/02 y riesgos profesionales 2023/11/02 Planilla N° 9458452308 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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 OCTUBRE **2023**; así mismo certifico que el/la) contratista presentó 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	$ 17.607.300,00	$ 16.067.300,00	$ 0,00	$ 1.540.000,00
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	$ 17.607.300,00	$ 16.067.300,00	$ 0,00	$ 1.540.000,00
	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:	**SMC (RA) ORLANDO ALBARRACIN DUARTE**
NUMERO DE CEDULA:	**80´370.101**
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