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 30/2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / 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):	$	10.000.000,00
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	15.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº 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:			
LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA	NIT/C.C.: 19352271		
	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 Ingresa	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		3720	Noviembre 8/2023		$ 1.385.000,00
		3721	Noviembre 8/2023		$ 25.000,00
		3723	Noviembre 10/2023		$ 880.000,00
Total del mes					**$ 2.290.000,00**
Saldo del contrato					**$ 8.055.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.290.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES DOCIENTOS NOVENTA 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 (10); 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	$ 6.945.000,00	$ 10.000.000,00	$ 8.055.000,00
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	$ 6.945.000,00	$ 10.000.000,00	$ 8.055.000,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		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:	Martha L Salazar

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		