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:	30-NOVIEMBRE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTÍA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-006-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
028-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EXÁMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	Fecha de suscripción:		07-Feb-23
		Valor inicial:	$	3,000,000.00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	3,000,000.00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	3,000,000.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			154123	17823
			Fecha:	3/15/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101406235	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	2/20/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY. MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	
			2/10/2023	
		Fecha de inicio de contrato	2/21/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			2/21/2023	12/15/2023
		Vigencia del Contrato:	IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y SEIS MESES MAS	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-	NO	
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:	800121035-9	
CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA		Dirección:	Cll 85 No 12-10 ofc 408	
		Cuenta Bancaria No.	040444481	
		Banco:	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: Sesenta (60) dias siguientes al recibo a satisfaccion de los bienes objeto del contrato, previo cumplimiento de los tramites administrativos y financieros a q haya lugar.

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	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EXÁMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	NO APLICA	RC 246669	13-10-2023	NO APLICA	$ 566,217.00
VALOR A CANCELAR					**$ 566,217.00**
Saldo del contrato					**$ 498,378.00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$566,217.00**
VALOR EN LETRAS :	**QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIEZCISIETE PESOS M/CTE**

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales, de acuerdo a certificacion de fecha 09/10/23.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo a la certificacion allegada, asi mismo, certifico que el contratista presentó el informe de actividades o la relacion de bienes y/o 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 SATISFACCCION.

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
2023	$ 3,000,000.00	$ 2,501,622.00	$ 0.00	$ 498,378.00
VALOR TOTAL	$ 3,000,000.00	$ 2,501,622.00	$ 0.00	$ 498,378.00
	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:	**52814783**
FIRMA :	My Martha 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	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	1