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:	DICIEMBRE 13 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTÍA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-204-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
328/2023	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO COMPLEMENTO DE LA TELETERAPIA PARA PACIENTES DE CANCER GINECOLOGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		12/7/2023
		Valor inicial:	$	49,500,000.00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	49,500,000.00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	21,600,000.00
		si	$	21,600,000.00
			$	-
			$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		NO	$	-
			$	-
			$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	71,100,000.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			271523	93923
			Fecha:	10/7/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Nº. 3684227	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	12/7/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY. PAULA ANDREA GAITAN ROJAS	
			7/7/2023	
		Fecha de inicio de contrato	12/7/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			12/7/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de terminación y seis meses más	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-	NO	
		2-	NO	
		3-	NO	
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.:	830,008,300	
CENTRO DE CONTROL DE CANCER LIMITADA		Dirección:	CRA 16a Nº84-19 BOGOTÁ	
		Cuenta Bancaria No.	03215910658	
		Banco:	BANCOLOMBIA	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: *Sesenta (60) días 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 $
PRESTACION DE SERVICIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO COMPLEMENTO DE LA TELETERAPIA PARA PACIENTES DE CANCER GINECOLOGICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	FA 64921	8/9/2023	N/A	$ 6,000,000.00
	N/A	FA 64922	18/10-2023	N/A	$ 4,500,000.00
	N/A	FA 64923	18/10/2023	N/A	$ 4,500,000.00
Total del mes					$ 15,000,000.00
Saldo del contrato					$ 42,600,000.00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$15.000.000.00
VALOR EN LETRAS :	QUINCE MILLONES PESOS M/CTE

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales, de acuerdo a certificación de fecha 07 de noviembre 2023.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social correspondiente a los ultimos 6 meses anteriores, 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	$ 71,100,000.00	$ 28,500,000.00	$ 0.00	$ 42,600,000.00
VALOR TOTAL	$ 71,100,000.00	$ 28,500,000.00	$ 0.00	$ 42,600,000.00
	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. PAULA ANDREA GAITAN ROJAS
NUMERO DE CEDULA:	53075256
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	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	2