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:	30 de noviembre de 2023				
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios	**TIPO DE PROCESO**	Minima Cuantía	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**MC-204-2023-HOMIL**

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
N°326-2023	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO COMPLEMENTO DE LA TELETERAPIA PARA PACIENTES DE CÁNCER GINECOLÓGICO AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES".	**Fecha de suscripción:**		**12/07/2023**
		Valor inicial:	**$**	**49.500.000,00**
		Vigencia 2023	**$**	**49.500.000,00**
		Adiciones (Si aplica) :	**$**	**21.600.000,00**
		1- Adición No 1	**$**	**21.600.000,00**
		2-	**$**	**-**
		3-	**$**	**-**
		4-	**$**	**-**
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	**$**	**-**
		1-	**$**	**-**
		2-	**$**	**-**
		3-	**$**	**-**
		4-	**$**	**-**
		Valor Total Contrato	**$**	**71.100.000,00**
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	**SIIF**	**N°CDP (SIIF).**
			271523	**93826**
			Fecha:	**10/07/2023**
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**3684227 - 0**	
		Aseguradora (Si aplica):	**Seguros Generales Suramericana S.A.**	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	**12/07/2023**	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	**MY. MARIA CLAUDIA FERNANDA GOMEZ ZERDAS**	
		Fecha de inicio de contrato	**12/07/2023**	
		Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
			12/07/2023	**15/12/2023**
		Vigencia del Contrato: Del 12-07-2023 al 15-12 2023 y por 4 meses mas.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		**NIT: 830.008.300-2**		
CENTRO DE CONTROL DEL CANCER SAS		**Dirección: Carrera 16 A No. 84-19**		
		Teléfono: 2366927- 6185417		
		Cuenta Bancaria No. 03215910658		
		Banco: Bancolombia		
		Tipo de Cuenta:	**Ahorros**	**Corriente**
				X

FORMA DE PAGO: FORMA DE PAGO: El Hospital Militar Central aplicará pagos parciales que se cancelarán dentro de los Noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios objeto del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos y financieros a que haya lugar y radicación de los siguientes documentos:
1. Factura electrónica validada previamente por la DIAN, cargada en el SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION SIIF.
2. Certificado y planilla de pago a los sistemas de seguridad social integral (Salud, Pensión y riesgos laborales) y aportes parafiscales (Caja de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) de conformidad con la normatividad vigente.
3. Acta de Recibo a parcial y /o informe final del supervisor del contrato, debidamente diligenciado y firmado por las partes, con los debidos soportes técnicos
4. Certificado de ingreso a Área de Almacenes y Bienes Activos

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 $
PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE ALTA TASA DE DOSIS	NA	NA	NA	NA	$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 57.600.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**NA**

NOTA 1: En el presente mes se encuentra en revisión facturación en la unidad de cuentas y facturación, una vez revisada, se generará informe de supervisión para pago. Se han remitido para atencion 7 pacientes para la prestacion de servicios de Braquiterapia.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	**$ 71.100.000,00**	**$ 13.500.000,00**	**$ 0,00**	**$ 57.600.000,00**
VALOR TOTAL	**$ 71.100.000,00**	**$ 13.500.000,00**	**$ 0,00**	**$ 57.600.000,00**
	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. MARIA CLAUDIA FERNANDA GOMEZ ZERDAS

NUMERO DE CEDULA: 37948181

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		