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:	SEPTIEMBRE DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	**TIPO DE PROCESO**	CONTRATACIÓN DIRECTA	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	**CPSUNTH-0310-2023**

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-0310-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		05/05/2023
		Valor inicial:		$ 9.034.650,00
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 74023		$ 9.034.650,00
		VIGENCIA AÑO 2022		
		VIGENCIA AÑO		
		VIGENCIA AÑO	$	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		$ 0,00
		1-		$ 0,00
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones y/o Liberaciones:	$	
		1-		
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Valor Total Contrato	$ 9.034.650,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N° CDP (SIIF).
			220923	74023
			Fecha:	05/05/2023
		Garantía Cumplimiento: N/A		
		Aseguradora: N/A		
		Fecha de aprobación de la Garantía N/A		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación: Dra. Marta Edy Ariza Mateus 05/05/2023		
		Fecha de inicio de contrato	05/05/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			05/05/2023	31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 6 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/ CC 80756701		
LUIS GIOVANNY SUAREZ ARDILA	Dirección: CRA 60A #68-08		
	Teléfono: 3192407124		
	Cuenta Bancaria No. 571724363		
	Banco: BANCO AV VILLAS		
	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	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	SEPTIEMBRE DE 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 MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-09-04 **y riesgos profesionales** 2023-09-04 **Planilla N°** 8370223831 **– correspondiente al mes de** AGOSTO DE 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 (AGOSTO DE 2023); 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	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 9.034.650,00	$ 7.494.650,00	$ 0,00	$ 1.540.000,00
AÑO 2022			$ 0,00	$ 0
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	$ 9.034.650,00	$ 7.494.650,00	$ 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:	**Dra. Marta Edy Ariza Mateus**
NUMERO DE CEDULA: 63.433.451	
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