

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	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0364-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UCLB-0439-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO REVISOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 15/08/2023			
		Valor inicial: \$ 7.455.600,00			
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 114723 \$ 7.455.600,00			
		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		\$ 7.455.600,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	Nº CDP (SIIF).
				293323	114723
		Fecha:	15/08/2023		
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 15/08/2023					
Fecha de inicio de contrato 15/08/2023					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION		
		15/08/2023	31/10/2023		
Vigencia del Contrato: 2 MESES					
Prorrogas: En tiempo					
1-					
2-					
3-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/ CC 79047442			
PEDRAZA PARADA RICARDO		Dirección: KRA 50 29A 23 SUR			
		Teléfono: 3176796129			
		Cuenta Bancaria No. 542270459			
		Banco: BANCO DE BOGOTA			
		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 REVISOR 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	\$ 2.943.000,00
Total del mes					\$ 2.943.000,00
Saldo del contrato					\$ 2.943.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$ 2.943.000,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023-08-16 y riesgos profesionales 2023-08-16 Planilla N° 70049470 – 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	\$ 7.455.600,00	\$ 4.512.600,00	\$ 0,00	\$ 2.943.000,00
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
	\$ 7.455.600,00	\$ 4.512.600,00	\$ 0,00	\$ 2.943.000,00
VALOR TOTAL	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