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:	jun-23				
TIPO DE CONTRATO	LICENCIAMIENTO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	CD001-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
UNTH-015-2023	LICENCIAMIENTO DE USO DE LA PLATAFORMA, ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES Y SOPORTE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN ACADEMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y EL SISTEMA DE ADMISIONES DE PRACTICAS UNIVERSITARIAS DE L HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:			3/02/2023
		Valor inicial:	$		14.631.600,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		14.631.600,00
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		Adiciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		14.631.600,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			140923		13723
			Fecha:		3/02/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			POLIZA N° 21-44-101405600
		Aseguradora (Si aplica):			SEGUROS DEL ESTADO S.A
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			9/02/2023
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:			Ruth Milena Huertas Turmequé Jefe Unidad de Formación y Docencia 13/02/2023
		Fecha de inicio de contrato			13/02/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			13/02/2023		31/12/2023
		Vigencia del Contrato: 13/02/2023 – 18/06/2024 y cuatro (4) meses más.			
		Prorrogas: N/A			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900.105.250-1			
GRUPO SABERES S.A.S		Dirección: Calle 12 5 35 TO 3 AP 404 FUNZA- COLOMBIA			
		Teléfono: 6013017400369			
		Cuenta Bancaria No.30063955732			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
			X		

FORMA DE PAGO: Contrato de prestación de servicios, Unico pago posterior radicación factura

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 $
LICENCIAMIENTO DE USO DE LA PLATAFORMA, ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES Y SOPORTE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN ACADEMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y EL SISTEMA DE ADMISIONES DE PRACTICAS UNIVERSITARIAS DE L HOSPITAL MILITAR CENTRAL		N/A	N/A	N/A	$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 14.631.600,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**Cero**

NOTA 1: En mi condición del supervisor del contrato certifico que se ha ejecutado sin novedad el mismo

OBSERVACIONES:
Radicaron factura FES 326 por menor valor (Dado que descontaron RETEICA Y RETE FUENTE $13.630.113.Se solicita corregir al igual que en el SIIF)

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 14.631.600,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 14.631.600,00
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
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 14.631.600,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 14.631.600,00
	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:
Ruth Milena Huertas Turmequé
Jefe Unidad deFormación y Docencia

NUMERO DE CÉDULA: 40.036.641

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		