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:	FEBRERO DE 2024				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	TIPO DE PROCESO	Contratación Directa	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SP-SECO-0024-2024

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
SP-SUAD-0024-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS ESPECIALISTA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		15/01/2
		Valor inicial:	$	67.689.600
		VIGENCIA AÑO 2024	$	67.689.600
		VIGENCIA AÑO	$	
		VIGENCIA AÑO	$	
		VIGENCIA AÑO	$	
		VIGENCIA AÑO	$	
		Adiciones (Si aplica) :	$	
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	63.459.000
		1-	$	63.459.000
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Valor Total Contrato	$	4.230.600
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL	N°CDP (SIIF).
			121524	129224
			Fecha:	16/01/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	
		Aseguradora (Si aplica):	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	RAMON BUENO GOMEZ	
		Fecha de inicio de contrato	16/01/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			16/01/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato: Por el plazo de ejecución y cuatro (04) meses más		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: CC 1032391494		
CRISTIAN LIBARDO SOLANO CARDOSO		Dirección: CALLE 163 # 58C-10 TORRE 1 APARTAMENTO 102		
		Cuenta Bancaria No. 472870006047		
		Banco: BANCO DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	

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 $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS ESPECIALISTA PARA EL ÁREA DE GESTIÓN CONTRATOS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	ene-24	N/A	$ 4.230.600,00
					$ -
					$ -
al del mes					$ 4.230.600,00
do del contrato					$ -

LOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$4.230.600,00
VALOR EN LETRAS :	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS PESOS

TA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/01/30 Planilla N°73410040– correspondiente al mes de ENERO
mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **enero 2024:** así mismo certifico que el/la) contratista presentó el orme 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 CIBIDO A SATISFACCION.

SERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): N/A

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 67.689.600,00	$ 4.230.600,00	$ 63.459.000,00	$ 0,00
AÑO	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 67.689.600,00	$ 4.230.600,00	$ 63.459.000,00	$ 0,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

TA 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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
ORTES EN NEA	73410040	30/01/2024	SANITAS	250.000,00	PROTECCIÓN	320.000,00	POSITIVA	10.500,00

MBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	RAMON BUENO GOMEZ
IMERO DE CEDULA:	79.535.327 de BOGOTÁ
RMA :	

TA 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

RMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

CUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1