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:	30/04/2023				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios	TIPO DE PROCESO	SELECCOPN ABREVIADA MENOR CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-005-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
080-2023	OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		27/03/2023
		Valor inicial:	$	250.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	250.000.000,00
		VIGENCIA AÑO		
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones		
		1		
		2-		
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones		
		NO		
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	250.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			163623	9323
			Fecha:	27/02/2023
		Garantia Cumplimiento 62-46-101005104/62-54-101000390(RC)		
		Aseguradora SEGUROS DEL ESTADO		
		Fecha de aprobación de la Garantía 24/03/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación HAROLDO JULIAO NACITH	27/02/2023	
		Fecha de inicio de contrato 27/03/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/03/2023	16/12/2023
		Vigencia del Contrato Igual al plazo de terminación y seis meses más		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: CC 901.039.135-3		
PATRICIA E ALVAREZ IPS LCM S.A.S.	Dirección: Trasversal KRA 14 -N°127-11		
	Teléfono: 3123917392		
	Cuenta Bancaria No. 035023639		
	Banco, ITAU		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO:

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
					$ -
Total del mes					N/A
Saldo del contrato					$ 250.000.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	N/A
VALOR EN LETRAS :	N/A

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° **N/A**– correspondiente al mes de **N/A**
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de; 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.

PARA ESTE MES NO SE RECIBIO FACTURACION POR PARTE DEL CONTRATISTA.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 250.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 250.000.000,00
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	$ 250.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 250.000.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	HAROLDO JULIAO NACITH
NUMERO DE CEDULA:	3.715.103
FIRMA :	

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR MEDICO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1