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:	Marzo 13/2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-026-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
028-2023	CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS Y TOMOGRAFICOS DE LA REGION CRANEO-FACIAL CON LA RESPECTIVA LECTURA PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	Fecha de suscripción:		07/02/2023
		Valor inicial:	$	3.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)		
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		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	#¡VALOR!	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			154123	17823
			Fecha:	19/01/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101406235	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/02/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDEZ	
		Fecha de inicio de contrato	21/02/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			21/02/2023	15/12/2023
		Vigencia del Contrato: HASTA LA FECHA DE TERMINACION Y CUATRO MESES MAS		
		Prorrogas: En tiempo		
		1- PRORROGA		
		2- PRORROGA		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:			
CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA	NIT/C.C.: 800121035-9		
	Dirección: calle 85 # 12-10 CONSULTORIO 408		
	Dirección:		
	Cuenta Bancaria No. 040-44448-1		
	Banco: ITAU		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 60 DIAS CALENDARIO

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

10

2' 0004	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS CON LA RESPECTIVA LECTURA Y TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN 3D (VOLUMETRICA) DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR Y BIMAXILAR Y ATM PARA IMPLANTOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE REQUIERAN DEL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	RC247052	09/11/2023		$ 112.836,00
		RC247724	21/12/2023		$ 223.643,00
Total del mes					$ 336.479,00
Saldo del contrato					$ 133.690,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$336.479,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTI OCHO MIL DOCIENTOS NUEVE PESOS M/TE

NOTA 1:
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (NOVIEMBRE); 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): Factura recibida en la fecha para elavorar el informe de supervicion por encontrarse en tramites administrativos en el area de facturacion y extrahospitalarios

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
2023	$ 3.000.000,00	$ 2.866.310,00	$ 0,00	$ 133.690,00
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	$ 3.000.000,00	$ 2.866.310,00	$ 0,00	$ 133.690,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MY MARTHA LILIANA SALAZAR HERNANDES
NUMERO DE CEDULA:	52814783
FIRMA :	My Martha Salazar

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		