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 6 /2024				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	TIPO DE PROCESO	Mínima Cuantía	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CO1.PCCNTR.4897154

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
215-2023	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LÁSER VASCULAR DYE COLORANTE PULSADO, PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Fecha de suscripción:		6/15/2023
		Valor inicial:	$	10,000,000.00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	10,000,000.00
		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	$	10,000,000.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	No RP SIIF	N°CDP (SIIF).
			2313 SIIF 227823	467 SIIF 46823
			Fecha: 15/05/2023	Fecha: 2/03/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	No. Póliza: 33-44-101239189 33-40-101074948	
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	6/13/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Julio Roberto Amador 14.06.2023	
		Fecha de inicio de contrato	6/15/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			6/15/2023	12/15/2023
		Vigencia del Contrato:		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800247350		
ESE CENTRO DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA		Dirección: Calle 1 No. 13 -61		
		Dirección:		
		Cuenta Bancaria No. 309043867		
		Banco: BBVA		
		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 Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LÁSER VASCULAR DYE COLORANTE PULSADO, PARA PACIENTES REMITIDOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	N/A	N/A	febrero 2024		$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 7,427,100.00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0.00**
VALOR EN LETRAS :	**cero pesos**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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

En el mes de diciembre 2023 no se recibieron nuevas facturas para pago. Se realizo prorroga del contrato hasta el 30 de junio 2024,. En el mes de Enero 2024 no se recibieron facturas para pago.

Durante el Mes de Febrero 2024 y hasta la fecha (17 de marzo 2024) no se recibieron facturas para pago. Se realizo un procedimeinto al paciente Emiliano Pere

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO2023	**$ 10,000,000.00**	**$ 2,572,900.00**	**$ 0.00**	**$ 7,427,100.00**
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	**$ 10,000,000.00**	**$ 2,572,900.00**	**$ 0.00**	**$ 7,427,100.00**
	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: Julio Roberto Amador Patarroyo

NUMERO DE CEDULA: CC80090823

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		