| 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: | 30/03/2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | MINIMA CUANTIA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | MC-004-2024-HOMIL |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 007/2024 | CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | Fecha de suscripción: | | 20/02/2024 |
| | | Valor inicial: | $ | 25.000.000,00 |
| | | VIGENCIA AÑO (Ej:2024) | $ | - |
| | | VIGENCIA AÑO (Ej: 2025) | $ | - |
| | | 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 | $ | 25.000.000,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 151224 | 140324 |
| | | | Fecha: | 21/02/2024 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 14-44-101204483 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 27/02/2024 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | SMSM CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 28/02/2024 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 28/02/2024 | 31/12/2024 |
| | | Vigencia del Contrato: | | |
| | | Prorrogas: En tiempo | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | NIT/C.C.: 19352271 | | |
|---|---|---|---|
| LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA | Dirección: CALLE 87 #22-16 | | |
| | Dirección: | | |
| | Cuenta Bancaria No. 006100588406 | | |
| | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | X | |

FORMA DE PAGO: DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIOS

| 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 $ |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Total del mes | | | | | $ - |
| Saldo del contrato | | | | | $ 25.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $0.00 |
| VALOR EN LETRAS : | PESOS M/CTE |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales correspondiente al mes de

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de el 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

| OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): A LA FECHA NO TIENE FACTURAS PENDIENTES DE TRAMITE |
|---|
| |

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 25.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.000.000,00 |
| 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 | $ 25.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 25.000.000,00 |
| | 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 | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | Nº Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | SMSM CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO |
| NUMERO DE CEDULA: | 1020771175 |
| 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 | Nº FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |