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:	16/05/2024				
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		4033	12/04/2024		$ 35.000,00
		4034	12/04/2024		$ 35.000,00
		4035	16/04/2024		$ 250.000,00
		4036	16/04/2024		$ 35.000,00
Total del mes					**$ 355.000,00**
Saldo del contrato					**$ 24.645.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$355.000,00
VALOR EN LETRAS :	TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales correspondiente al mes de MARZO

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de el mes de (MARZO); 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 2024	$ 25.000.000,00	$ 355.000,00	$ 0,00	$ 24.645.000,00
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	$ 355.000,00	$ 0,00	$ 24.645.000,00
	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.

INFORMACION 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		