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:	may-24				
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios	TIPO DE PROCESO	Contratación Directa	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SP-SECO-0082-2024

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
SP-SUAD-0082-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNÓLOGO EN GESTIÓN LOGÍSTICA PARA EL ÁREA SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		18/01/2024
		Valor inicial:	$	27.412.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$	27.412.000,00
		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	$	27.412.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			126524	131824
			Fecha:	19/01/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		
		Aseguradora (Si aplica):		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MIGUEL ANGEL OBANDO CASTILLO	
		Fecha de inicio de contrato	19/01/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			19/01/2024	15/12/2024
		Vigencia del Contrato: Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.:93.398.942		
WILLIAM RUFINO CARRETERO CHAGUALA	Dirección: Calle 4 No. 36-80 Balconers de Tibana III - Puente Aranda		
	Telefono: 3123082077		
	Cuenta Bancaria No. 382104859		
	Banco: BBA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

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 $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TECNÓLOGO EN GESTIÓN LOGÍSTICA PARA EL ÁREA SEGUIMIENTO, EJECUCIÓN Y APOYO CONTRACTUAL DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL		N/A	may-24		$ 2.492.000,00
Total del mes					**$ 2.492.000,00**
Saldo del contrato					**$ 16.202.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$2.492.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/03 Planilla N°7922649590– correspondiente al mes de ABRIL
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de (Abril 2024); 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):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 27.412.000,00	$ 11.210.000,00	$ 0,00	$ 16.202.000,00
VALOR TOTAL	$ 27.412.000,00	$ 11.210.000,00	$ 0,00	$ 16.202.000,00
	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 cu

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**CARLOS EDUARDO RUEDA CARVAJAL**
NUMERO DE CEDULA:	**79.683.242**
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 Jef

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	x	
Acta de supervisión y/o Factura	x	
Pago de Seguridad Social	x	