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:	30/04/2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-010-2024-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
009/2024	CONTRATACION 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	Fecha de suscripción:		19/02/2024
		Valor inicial:	$	5.000.000,00
		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	#¡VALOR!	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			152124	142724
			Fecha:	21/02/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101436276	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/02/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	
		Fecha de inicio de contrato	27/02/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			28/02/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato: HASTA LA FECHA DE TERMINACION Y CUATRO MESES MAS		
		Prorrogas: En tiempo		
		1- PRORROGA		
		2- PRORROGA		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 800121035-9		
CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ORAL COUNTRY LTDA		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

¿' 0004	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTRATACION 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					
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 5.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	**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): A la fecha no hay facturas en tramite para pago

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
2024	$ 5.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.000.000,00
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	$ 5.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.000.000,00
	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		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° 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

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		