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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30-mar-24				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO		N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	SASS-005-2023-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
080/2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRIAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRIAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		20/02/2023
		Valor inicial:	$	250.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	250.000.000,00
		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	$	250.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			163623	9323
			Fecha:	27/02/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	62-46-101005104 / 62-54-101000390(RC)	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/03/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	27/02/2023	HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH
		Fecha de inicio de contrato	27/03/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			27/03/2023	30/11/2023
		Vigencia del Contrato:	igual al plazo de terminación y seis meses más	
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:			
PATRICIA ALVAREZ - LA CAROLINA MEDICAL IPS SAS	NIT/C.C.:	901.039.135	
	Dirección:	carrera 14 N° 127 - 11 Bogotá D.C	
	Cuenta Bancaria No.	035023639	
	Banco:	ITAÚ	
	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	09
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE MANOMETRIAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRIAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
					$ -
					$ -
Total del mes					**N/A**
Saldo del contrato					**N/A**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	N/A
VALOR EN LETRAS :	N/A

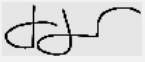
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° **N/A – correspondiente al mes de N/A**
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (N/A); así mismo certifico que el/la) 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 XXXX	$ 250.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 133.768.246,00
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	$ 250.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 133.768.246,00
	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:	HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH
NUMERO DE CEDULA:	3715103
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		