MAYO 29/2024

TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO		Nº 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 MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		20-2-2023
		Valor inicial:	$	250,000,000.00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	250,000,000.00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (SI aplica) :	$	-
		NO	$	-
			$	-
			$	-
			$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (SI aplica):	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
		NO	$	-
			$	-
		Valor Total Contrato	$	250,000,000.00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº 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 S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (SI aplica):	24/03/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	HAROLDO HERNANDO JULIAO NACITH	
			27/2/2023	
		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:		NIT/C.C.:	901,039,135	
PATRICIA ALVAREZ - LA CAROLINA MEDICAL IPS SAS		Dirección:	CARRERA 14 Nº127-11 BOGOTÁ DC	
		Cuenta Bancaria No.	035023639	
		Banco:	ITAÚ	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

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 MANOMETRÍAS ANORECTALES DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), MANOMETRÍAS ESOFÁGICAS DE ALTA RESOLUCIÓN (POBLACIÓN PEDIÁTRICA), FIBROSCAN, PHMETRÍAS DE 24 HORAS (POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA) CON Y SIN IMPEDANCIOMETRÍA PARA USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES REMITIDOS POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
	N/A	ENTI8211	29/04/2024	N/A	$ 12,544,096.00
Total del mes					**$ 12,544,096.00**
Saldo del contrato					**$ 65,453,168.00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$12,544,096.00**
VALOR EN LETRAS :	**DOCE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

Nota 1: Verifico pago aportes seguridad social y parafiscales de acuerdo a certificacion de fecha ABRIL del 2024.

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de ABRIL 2024, asi mismo, certifico que el contratista presentó el informe de actividades o la relacion de bienes y/o 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 SATISFACCCION.

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
2023	$ 250,000,000.00	$ 184,546,832.00	$ 0.00	$ 65,453,168.00
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	$ 184,546,832.00	$ 0.00	$ 65,453,168.00
	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	Nº 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 MEDICO HOSPITALARIA	**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR MÉDICO**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	2