

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05		
<div></div>		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:		31/04/2024				
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS LICENCIAMIENTO	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA(con ofertas)	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	015-2024	
CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
015-2024	RENOVACION DE LICENCIAMIENTO DE USO DE LA PLATAFORMA, ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES Y SOPORTE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN ACADEMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y EL SISTEMA DE ADMISIONES DE PRACTICAS UNIVERSITARIAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción: 23/02/2024				
		Valor inicial:		\$	16.094.760,00	
		VIGENCIA AÑO 2024		\$	16.094.760,00	
		VIGENCIA AÑO		\$	-	
		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		\$	16.094.760,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°C DP (SIIF).	
				159024	145124	
				Fecha: 26/02/2024		
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		POLIZA N° 21-44-101436512		
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		28/02/2024		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Ruth Milena Huertas Turmequé Jefe Unidad de Formación y Docencia Apoyo a la Supervisión Fabio Alberto Alvarado Rodríguez Jefe Unidad de Informática Notificación 29/02/2024		
		Fecha de inicio de contrato		29/02/2024		
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
				29/02/2024	31/12/2024	
Vigencia del Contrato: 29/02/2024 – 01/06/2025						
Prorrogas: N/A						
1-						
2-						
3-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 900.105.250-1				
GRUPO SABERES S.A.S		Dirección: Calle 12 5 35 TO 3 AP 404 FUNZA- COLOMBIA				
		Teléfono: 6013017400369				
		Cuenta Bancaria No.30063955732				
		Banco: BANCOLOMBIA				
		Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente	
				X		
FORMA DE PAGO: Contrato de prestación de servicios, Unico pago, dentro de los 90 días posterior radicación factura y recibido a satisfacción.						

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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$		
RENOVACION DE LICENCIAMIENTO DE USO DE LA PLATAFORMA, ADMINISTRACIÓN DE SERVIDORES Y SOPORTE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN ACADEMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y EL SISTEMA DE ADMISIONES DE PRACTICAS UNIVERSITARIAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL			N/A	N/A	N/A	\$ -		
Total del mes						\$ -		
Saldo del contrato						\$ 16.094.760,00		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR		\$0,00						
VALOR EN LETRAS :		Cero						
NOTA 1: En mi condición del supervisor del contrato certifico que se ha ejecutado sin novedad el mismo								
OBSERVACIONES: Sin movimiento de facturación en el mes de abril 2024.								
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el	VALOR EJECUTADO		VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN		PENDIENTE EJECUTAR		
AÑO 2024	\$ 16.094.760,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 16.094.760,00		
	\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00		
	\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00		
	\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00		
	\$ 0,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 0,00		
VALOR TOTAL	\$ 16.094.760,00	\$ 0,00		\$ 0,00		\$ 16.094.760,00		
	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: Ruth Milena Huertas Turmequé Jefe Unidad de Formación y Docencia								
NUMERO DE CÉDULA: 40.036.641								
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								