

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05	
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa <small>Por su parte, el Grupo Empresarial, tiene la capacidad técnica</small>		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 1	
Fecha:		JUNIO DE 2023			
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL
					CPSUNTH-1159-2022

3208/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		12/14/2022	
		Valor inicial:		\$41.593.700,00	
		VIGENCIA AÑO 2022		\$1.923.700,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 58623		\$39.670.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$264.466,00	
		1-			
		Valor Total		\$41.593.700,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				56922	141522
				Fecha:	12/15/2022
		Garantía Cumplimiento :		N/A	
		Aseguradora:		N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:		15/12/2022	
		Fecha de Inicio :		15/12/2022	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
15/12/2022	31/10/2023				
Vigencia del Contrato: 31/10/2023					
Prorrogas:					
1-					
2-					
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1070985482			
Dirección: CALLE 3 N° 14-65 Barrio el bosque					
Teléfono: 3138657559					
Cuenta Bancaria No. 0550488412264670					
Banco: DAVIVIENDA					
Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente		
		X			

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	Página:		4 DE 4	
		CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSION	08

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°3208/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES					
	N/A	N/A	JUNIO DE 2023		\$3.967.000,00
Total del mes					\$3.967.000,00
Saldo del contrato					\$15.868.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE JUNIO \$,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	VALOR EN LETRAS
\$3.967.000,00	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y Resgos profesionales58420735 correspondiente al mes de MAYO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que ella contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); así mismo certifico que ella contratista presentó 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

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$1.923.700,00	\$1.923.700,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$39.670.000,00	\$23.537.534,00	\$264.466,00	\$15.868.000,00
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
VALOR TOTAL	\$41.593.700,00	\$25.461.234,00	\$264.466,00	\$15.868.000,00
	VALOR TOTAL EJECUTADO	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		FIRMA:	
Jefe Janneth Novoa Cucurhan Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería Hospital Militar Central Supervisora Contrato 39 795 444		<div> <div> </div> <div> </div> </div>	
NUMERO DE CEDULA:		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		