

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 nosotros y entre nosotros, para el bienestar común</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-0195-2023	

0234/2023	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	3/8/2023	
		Valor inicial:	\$15.335.200,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	\$,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 175923	\$15.335.200,00	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO	\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	\$	
		2-	\$	
		3-	\$	
		4-	\$	
		Reducciones :	\$264.400,00	
		1-		
		Valor Total	\$15.335.200,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			175923	8323
			Fecha:	3/3/2023
		Garantía Cumplimiento :	N/A	
		Aseguradora:	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:	07/03/2023	
		Fecha de Inicio :	07/03/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			07/03/2023	31/10/2023
		Vigencia del Contrato:	31/10/2023	
		Prorroga:		
		1-		
		2-		
		RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT: 1193571963	
		Dirección:	Calle 48a sur #88 c 10	
		Teléfono:	3017617881	
		Cuenta Bancaria No.	488437542134	
		Banco:	DAVIVIENDA	
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

PARRA RUIZ STEFANIA

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

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°0234/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	MAYO DE 2023		\$1.850.800,00
Total del mes					\$1.850.800,00
Saldo del contrato					\$9.915.000,00

NOTA: VALOR DE LIBERACIÓN DEL MES DE MAYO \$132.200,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$1.850.800,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS

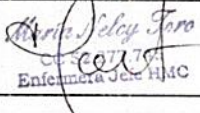
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales67007966 correspondiente al mes de ABRIL En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); así mismo certifico que el/la contratista 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 incapacidad 03 y 04/05/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$,00	\$,00	\$,00	\$,00
AÑO 2023	\$15.335.200,00	\$5.155.800,00	\$264.400,00	\$9.915.000,00
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	\$15.335.200,00	\$5.155.800,00	\$264.400,00	\$9.915.000,00
	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Jefe Maria Nelcy Toro Quintero Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería (E) Hospital Militar Central Supervisora Contrato	 52.277.745
NUMERO DE CEDULA:		
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		