

|                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                             |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     |                                                        | <b>FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b> | <b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05</b>  |
|   | <b>UNIDAD: COMPRAS , LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b> |                                                             | <b>FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021</b> |
|                                                                                                                                                                     | <b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>               |                                                             | <b>VERSIÓN: 06</b>                  |
|                                                                                                                                                                     | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>                |                                                             | <b>PÁGINA: 1 de 2</b>               |

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Fecha: JUNIO -2021

|                             |                             |                     |                  |                                   |                          |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATACION</b> | <b>CONTRATACION DIRECTA</b> | <b>CONTRATO No.</b> | <b>0852-2020</b> | <b>No. PROCESO EN EL SECOP II</b> | <b>CPSUNTH-0297-2020</b> |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------|

|                                                                  |                                                    |                                     |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| CONTRATO No.<br><br>0852-2020                                    | OBJETO:<br><br>AUXILIAR DE ENFERMERIA              | DATOS GENERALES DEL CONTRATO        |
|                                                                  |                                                    | Fecha de suscripción: 01/12/2020    |
|                                                                  |                                                    | Valor inicial \$19.210.000,00       |
|                                                                  |                                                    | Adiciones                           |
|                                                                  |                                                    | 1- \$ _____                         |
|                                                                  |                                                    | 2- \$ _____                         |
|                                                                  |                                                    | Reducciones                         |
|                                                                  |                                                    | 1- \$ _____                         |
|                                                                  |                                                    | 2- \$ _____                         |
|                                                                  |                                                    | Valor Total \$19.210.000,00         |
|                                                                  |                                                    | Registro Presupuestal SIIF No 90521 |
|                                                                  |                                                    | Fecha: 01/12/2020                   |
|                                                                  |                                                    | CDP No. 109120                      |
|                                                                  |                                                    | Garantía No.: NA                    |
|                                                                  |                                                    | Aseguradora: NA                     |
| Fecha de aprobación de la Garantía: NA                           |                                                    |                                     |
| Fecha de la notificación del Supervisor 01/12/2020               |                                                    |                                     |
| Fecha del Acta de Inicio 01/12/2020                              |                                                    |                                     |
| Plazo de ejecución del Contrato 31/10/2021                       |                                                    |                                     |
| Vigencia del contrato: 31/10/2021                                |                                                    |                                     |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>ZUBIETA BECERRA INGRID CAROLINA | NIT/C.C.: 1030524206                               |                                     |
|                                                                  | Dirección: CARRERA 74 B° 44-29 SUR INT 17 APTO 550 |                                     |
|                                                                  | Teléfono: 3102674589                               |                                     |
|                                                                  | Cuenta Bancaria No. 451870039836                   |                                     |
|                                                                  | Banco: Davivienda                                  |                                     |
| Clase de Cuenta Ahorros X Corriente                              |                                                    |                                     |

**Forma de pago:**

- Dentro de los 30 días calendario

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO  | GA-GECO-MN-02-FT-05 | VERSION | 06 |
|---------|---------------------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
|         |                                             | Página: | 2 de 2              |         |    |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir                                                   | No. Factura | Fecha       | No. Relación de Soportes | Valor \$       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------------------|----------------|
| LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. 0852-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES. | 7           | JUNIO -2021 | TARDE                    | \$1.751.000,00 |
| Saldo del contrato                                                                              |             |             |                          | \$7.004.000,00 |

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (\$1.751.000,00)

| Nº CONTRATO | DESCRIPCION-OBJETO     | CANTIDAD CONTRATADA | CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA | VALOR DEL MES  | VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | VALOR LIBERACION |
|-------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|------------------|
| 0852-2020   | AUXILIAR DE ENFERMERIA | \$19.210.000,00     | \$8.592.170,00                | \$1.751.000,00 | \$7.004.000,00               | \$1.862.830,00   |

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE MAYO DE 2021

| No. PLANILLA | VALOR PAGADO | FECHA DE PAGO |
|--------------|--------------|---------------|
| 50710625     | \$281.200,00 | 06/08/2021    |

**Información que debe transcribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:**

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; 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 Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

**Observaciones:**

| NOVEDAD | FECHA NOVEDAD |
|---------|---------------|
|         |               |

| Nº CUENTA | MES           | CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION | VALOR DEL MES A RECONOCER | VALOR TOTAL MES | JUSTIFICACION (Liberación) |
|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|
| 7         | JUNIO DE 2021 | \$ ,00                          | \$1.751.000,00            | \$1.751.000,00  |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Mayora Carolina Silva Henao</b><br>Oficial Superior en Comisión Administrativa<br>Permanente en la Administración Pública<br>Servicio de Enfermería<br>Supervisora Contrato |
| <b>NUMERO DE CÉDULA:</b> 55.304.157                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |