INFORME DE SUPERVISIÓN

Fecha: Noviembre 2021

TIPO DE CONTRATACION	**DIRECTA**	**CONTRATO No.**	**0366/2021**	**No. PROCESO EN EL SECOP II**	CPSUNTH-0244-2021-HOMIL

CONTRATO No. No.0366/2021	**OBJETO**: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA	**DATOS GENERALES DEL CONTRATO** **Fecha de suscripción:** 02 de Junio 2021 **Valor inicial $ 16.768.400** **Adiciones** **1-** **$**_____ **2-** **$**_____ **Reducciones** **1-** **$**_____ **2-** **$**_____ **Valor Total $ 16.768.400** **Registro Presupuestal SIIF No.** 221121 **Fecha:** 03-06-2021 **CDP No.** 2421 **Garantía No.:** N/A **Aseguradora:** N/A **Fecha de aprobación de la Garantía:** N/A **Fecha de la notificación del Supervisor**: 03-06-2021 **Fecha del Acta de Inicio:** 03-06-2021 **Plazo de ejecución del Contrato** 31-OCTUBRE-2021 **Vigencia del contrato:** 03/06/2021 – 31/10/2021
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **JUAN FELIPE PUENTES PARRA**		**NIT:** 1031165712 **Dirección:** Calle 30 A BIS sur N° 8A-13 **Teléfono:** 313 226 3031 **Cuenta Bancaria No. 008-380-441-991** **Banco:** Davivienda **Clase de Cuenta Ahorros x Corriente**

Forma de pago:

- 30 días calendario.

Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
EL CONTRATISTA CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE CONTRATO, DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2021.	FEV-13	02-11-2021	N/A	$ 3.399.000
Saldo del contrato				$ 6.798.000

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE ($3.399.000.00) Tres Millones Trescientos Noventa y Nueve Mil Pesos M/lcte.

En mi calidad de supervisora del Contrato arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo, por parte del contratista y el pleno desarrollo de sus actividades durante este período, razón por la cual autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula del valor y forma de pago del contrato.

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 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 Y SIN OBSERVACIONES LOS SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

Observaciones:
Fecha de pago Seguridad Social: El Contratista pagó el día 06 de Agosto de 2021, los parafiscales correspondientes al mes de Julio de 2021.

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: SMSM. WILLIAM FERNANDO DELGADO JIMENEZ Enc.	
NUMERO DE CÉDULA:	**93.337.914**
FIRMA:	Martha P

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Nota Débito de la Factura Electrónica de Venta

Datos del Documento

Código Único de Nota de Débito - CUDE :
da9db7959589779b3e5fc79cda48cbdcd804dea9cbcc42cebb2481197e76a2ed4a608f45f6447182e4188bfd18250104

Fecha de Emisión: 01/11/2021
Fecha de Vencimiento: 01/11/2021
Tipo de Negociación: Contado

Número de Factura: ND5
Prefijo: ND
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario

Datos del Emisor

Razón Social: PUENTES PARRA JULIAN FELIPE
Nombre Comercial: PUENTES PARRA JULIAN FELIPE
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Tipo Responsabilidad: R-99-PN
Actividad Económica: 8299
Correo: JULIANFELIPE964@HOTMAIL.COM

Nit del Emisor: 1031165712
Dirección: CL 39 SUR 3 C 26 ESTE
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio: Bogotá, D.c.
Código Postal:
Teléfono: 3639282

Datos del Adquiriente

Razón Social: HOSPITAL MILITAR
Nombre Comercial: HOSPITAL MILITAR
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830040256
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de Responsabilidad: R-99-PN

Nit del Adquiriente: 830040256
Dirección: TV. 3C #49-02
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio/Ciudad: Bogotá, D.c.
Código Postal:
Correo: gcardona@homil.gov.co
Teléfono: 3486868

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Ítem
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	INC	Bolsa	
1	001	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL MES DE AGOSTO, CONTRATO N UNTH-0366-2021, SUPERVISOR MARTHA LUCIA PINZON ALDANA	NIU	1,00	$ 3.399.000,00						$ 3.399.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia
Factura Electrónica	FEV11	2021-10-29

Razón de Referencia DATOS DE ENTIDAD

Notas Finales

#$15-19-00;Contrato0366-2021;jchavez@homil.gov.co#$
Linea de negocio:

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	3.399.000,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Monto total impuesto(+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	3.399.000,00
Descuento Global (-)	$	0,00
Recargo Global (+)	$	0,00
Valor total de la operación (=)	$	3.399.000,00

Documento validado por la DIAN
01/11/2021 23:43:46

Documento generado el: 01/11/2021 23:43:45

Generado por: **Solución Gratuita DIAN** Nit: **800.197.268**

Numero de Autorización:	Rango Autorizado: Desde	Rango Autorizado: Hasta	Vigencia: