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
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: **JULIAN FELIPE PUENTES PARRA**	**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 **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.	FEV-12	31-10-2021	N/A	$ 3.399.000
Saldo del contrato				$ 0.0

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 08 de Noviembre de 2021, los parafiscales correspondientes al mes de Septiembre de 2021.

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR: SMSM. MARTHA LUCIA PINZON ALDANA	
NUMERO DE CÉDULA:	**20.423.092 de Cajicá**
FIRMA:	Martha P

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento

Número de Factura: FEV-10

Fecha de Emisión: 07/10/2021
Tipo de Operación: Generica
Tipo de Negociación: Contado
Orden de Compra:

Código Único de Factura - CUFE : 413829aed739bd7369156bf983fe39ec83b0845f1a8475d4b9b49156e88d0ac3404b91b2446ad4f66cb3894985f637c5

Fecha de Vencimiento: 07/10/2021
Prefijo: FEV
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Fecha orden de compra:

Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad:R-99-PN
Nit del Emisor: 1031165712
Nombre Comercial: PUENTES PARRA JULIAN FELIPE
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Actividad Económica: 8299

Teléfono: 3639282

Razón Social: PUENTES PARRA JULIAN FELIPE

Dirección: CL 39 SUR 3 C 26 ESTE
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio: Bogotá, D.c.
Correo: JULIANFELIPE964@HOTMAIL.COM

Datos del Adquiriente

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

Razón Social: HOSPITAL MILITAR
Dirección: TV. 3C #49-02
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio/Ciudad: Bogotá, D.c.
Correo: gcardona@homil.gov.co
Teléfono: 3486868

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS IVA	IMPUESTOS INC	IMPUESTOS Bolsa	Valor de Venta por Item
1	001	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL MES DE SEPTIEMBRE, 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

Información Complementaria Extensión

Nro Nombre Campo Valor Campo

Anticipos

Nro Valor Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia Número Referencia Fecha Referencia

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
07/10/2021 19:48:01

Documento generado el: 07/10/2021 19:48:00

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

Numero de Autorización: 18764019213879 Rango Autorizado: Desde 10 Rango Autorizado: Hasta 2000 Vigencia: 2022-04-07

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. DATOS GENERALES

CONTRATO	

No.	**366-2021**
TIPO	PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATISTA:	**JULIAN FELIPE PUENTES PARRA**	
IDENTIFICACIÓN	C.C. 1.031.165.712	
SUPERVISOR	Nombre	**MARTHA LUCIA PINZÓN ALDANA**
	Cargo	SERVIDOR MISIONAL SANIDAD MILITAR
OBJETO:	TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	

2. VALOR

VALOR INICIAL	$	**16.768.400**
VALOR ADICIÓN	$	0.0
VALOR TOTAL	$	**16.768.400**

3. PAGO

El interventor certifica:

- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.
- Que el porcentaje de ejecución a la fecha es de 100%.

VALOR PAGADO	$	**16.768.400**
VALOR A PAGAR	$	0.0
VALOR A LIBERAR	$	0.0
VALOR LIBERADO	$	0.0

4. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	xxx
OTRAS OBLIGACIONES	

5. PAGOS EFECTUADOS

ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
01	Junio	$3.172.400
02	Julio	$3.399.000
03	Agosto	$3.399.000
04	Septiembre	$3.399.000
05	Octubre	$3.399.000

6. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION	ARL
08-11-2021	$402.200	$ 162.500.00	$ 208.000.00	$31.700.00

7. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, el 31 de octubre de 2021

El SUPERVISOR		EL CONTRATISTA	
Nombre	**MARTHA LUCIA PINZÓN ALDANA**	Nombre Representante Legal	**JULIAN FELIPE PUENTES PARRA**
Cargo	Servidor Misional Sanidad Militar	Identificación	C.C. 1.031.165.712