HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

CONTRATO	

No.	1015/2020
TIPO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATISTA	ANGIE PAOLA ARIAS GARZON	
IDENTIFICACIÓN	1032503584	
SUPERVISOR	Nombre	Dra. MARTA EDY ARIZA MATEUS
	Cargo	Jefe de Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS	

2. VALOR

VALOR INICIAL	$ 13.384.500
VALOR ADICIÓN(ES)	$ 0
	$ 0
VALOR TOTAL	$ 13.384.500

DATOS REQUERIDOS

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%.

	COLUMNA 1		COLUMNA 2
VALOR DEL CONTRATO	$ 13.384.500		
VALOR EJECUTADO			$ 0
VALOR PAGADO			$ 13.384.500
PENDIENTE POR PAGAR			$ 0
SALDO A LIBERAR			$ 0
SUMAS IGUALES	$ 13.384.500		$ 13.384.500

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	
OTRAS OBLIGACIONES	

DATOS REQUERIDOS

5. PAGOS EFECTUADOS

FACTURA No.	FECHA	VALOR
01	31-12-2020	$1.184.500
02	31-01-2021	$1.220.000
03	29-02-2021	$1.220.000
04	31-03-2021	$1.220.000
05	30-04-2021	$1.220.000
06	31-05-2021	$1.220.000
07	30-06-2021	$1.220.000
08	31-07-2021	$1.220.000
09	31-08-2021	$1.220.000
10	30-09-2021	$1.220.000
11	31-10-2021	$1.220.000

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. (Valor Último mes pago)

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
30-09-2021	$ 281.200	$ 113.600	$ 145.400
	$_____.oo	$_____.oo	$_____.oo

7. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

DATOS REQUERIDOS

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
NA	No aplicable	2	0
0	No cumple	3	bueno
1	malo	4	excelente

		CALIFICACION 0-4
CALIDAD DEL BIEN Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	3
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	3
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	3
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	3
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	3
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	3

EVALUACION DEL PROVEEDOR

TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS (18)

TOTAL DE PUNTOS POSIBLES (24)

X 100 = **75**

EXCELENTE	76 - 100	
BUENO	51 - 75	X
REGULAR	26 - 50	
MALO	0 - 25	

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	BUENO

8. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los 31 días del mes de OCTUBRE de 2021			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Dra. Marta Edy Ariza Mateus	Nombre Representante Legal	Angie Paola Arias G. ANGIE PAOLA ARIAS GARZON
Cargo	Jefe de Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación	Identificación	CC. 1032503584