## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | **x** | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | **1907/2022** |
| | **Tipo** | | | | | | | |
| **Objeto** | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO CONSULTA EXTERNA** | | | | | | | |
| **Contratista** | HERRERA GARCIA DAYAN VANESSA | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 1000627376 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | MAYOR CAROLINA SILVA HENAO | | | | | | |
| | **Cargo** | JEFE UNIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | | | |

*Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".*

### 2. FECHAS RELEVANTES

| | FECHA DD/MM/AÑO |
|---|---|
| **Suscripción** | 19-04-2022 |
| **Iniciación** | |
| **Cesión** | |
| **Suspensión** | |
| **Reinicio** | |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | | | |
| Prórroga | | | |
| PLAZO TOTAL | 07 MESES | 19/04/2022 | 31/10/2022 |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | | | |

### 4. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 8.960.000,00 |
| VALOR ADICIÓN | $ 0 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | $ 8.960.000,00 |

## DATOS REQUERIDOS

### 5. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA | ORDEN DE PAGO No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | ABR-2022 | |
| | | MAY-2022 | |
| | | JUN-2022 | |
| | | JUL-2022 | |
| | | AGO-2022 | |
| | | SEP-2022 | |
| | | OCT-2022 | $ 1.400.000 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $ 8.960.000,00 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $0 |
| SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO | $0 |

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

### 6. 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 |
|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual |

| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| | Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes) |

| OTRAS OBLIGACIONES | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| 1. | Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes) |

### 7. 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 |
|---|---|---|---|
| 07/10/2022 | 309.400 | 125.000 | 160.000 |

## DATOS REQUERIDOS

**Nota:** Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

### 8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

| N° DE POLIZA | AMPARO | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|
| | | INICIO | FINAL |
| | | | |

**Nota 1**: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
**Nota 2:** La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

### 9. 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

| Concepto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Solución a inconvenientes | | | | | |
| Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or) | | | | | |
| Oportunidad en la gestión | | | | | |
| Calidad del bien o servicio | | | | | |
| Cumplimiento | | | | | |

**Nota:** Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

### 9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

| |
|---|
| |

**Para constancia se firma en Bogotá, a los (31) días del mes de (10) de (2022)**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | MAYOR CAROLINA SILVA HENAO | **Nombre Representante Legal** | HERRERA GARCIA DAYAN VANESSA |
| **Cargo** | JEFE UNIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Identificación** | 1000627376 |

| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | 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 2 |

| Fecha: | OCTUBRE DE 2022 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | DIRECTA | Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0819-2022 |

| CONTRATO No. | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| UNTH-1907-2022 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | Fecha de suscripción: | 19/04/2022 | |
| | | Valor inicial: | $ 8.960.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $ 8.960.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ - | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ - | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ - | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ - | |
| | | Adiciones (Si aplica) : | $ - | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | $ - | |
| | | 3- | $ - | |
| | | 4- | $ - | |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica): | $ - | |
| | | 1- | $ - | |
| | | 2- | $ - | |
| | | 3- | $ - | |
| | | 4- | $ - | |
| | | Valor Total Contrato | $ 8.960.000,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 233422 | 12022 |
| | | | Fecha: | 19/04/2022 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | N/A | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | N/A | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | N/A | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | MAYOR CAROLINA SILVA HENAO - 19/04/2022 | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 19/04/2022 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 19/04/2022 | 31/10/2022 |
| | | Vigencia del Contrato: IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |

| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | NIT/C.C.: 1000627376 | | |
|---|---|---|---|
| HERRERA GARCÍA DAYAN VANESSA | Dirección: Carrera 73A, 72-42 | | |
| | Teléfono: 3226441512 | | |
| | Cuenta Bancaria No. 488428653205 | | |
| | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | x | |

FORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 08 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Página: | | 2 DE 2 | |

| Descripción de Servicios a Recibir | Almacen que Ingresa | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor $ |
|---|---|---|---|---|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA | | N/A | OCTUBRE | | $ 1.400.000,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| **Total del mes** | | | | | **$ 1.400.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ -** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$1.400.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **UN MILLÓN CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2022/08/09 y riesgos profesionales 2022/10/07, Planilla N° 86213624442 – correspondiente al mes de SEPTIEMBREde 2022
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de SEPTIEMBRE; 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 SATISFACCIÓN.

OBSERVACIONES

1

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2022 | $ 8.960.000,00 | $ 7.560.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO XXXX | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO XXXX | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO XXXX | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO XXXX | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| VALOR TOTAL | $ 8.960.000,00 | $ 7.560.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| | 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.

| INFORMACION GENERAL | | | SALUD | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **DIANA CAROLINA SILVA HENAO** |
| **NUMERO DE CEDULA:** | **55,304,157** |
| **FIRMA :** | |

**NOTA 3:** Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

| | |
|---|---|
| **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 | SI | |
| Acta de supervisión y/o Factura | SI | |
| Pago de Seguridad Social | NO | |