DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	x	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**1721/2022**
	Tipo							
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO CONSULTA EXTERNA**							
Contratista	VILLARRUEL ROJAS MONICA							
Identificación (CC – Nit)	1024493968							
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	04-02-2022
Iniciación	
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial			
Prórroga			
PLAZO TOTAL	09 MESES	04/02/2022	31/10/2022
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 12.460.000,00
VALOR ADICIÓN	$ 0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 12.460.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

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

VALOR PAGOS EFECTUADOS	**$ 12.460.000,00**
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

DATOS REQUERIDOS

07/10/2022	309.400	125.000	160.000

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**	VILLARRUEL ROJAS MONICA
Cargo	JEFE UNIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Identificación**	1024493968

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-0689-2022

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-1721-2022	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:	04/02/2022	
		Valor inicial:	$ 12.460.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$ 12.460.000,00	
		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	$ 12.460.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			163922	12022
			Fecha:	04/02/2022
		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 - 04-02-2022	
		Fecha de inicio de contrato	04/02/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			04/02/2022	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.: 1024493968		
VILLARRUEL ROJAS MONICA		Dirección: CLL 5 NO. 5D-10		
		Teléfono: 3125203054		
		Cuenta Bancaria No. 031-274244-61		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		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 2022/10/10 y riesgos profesionales 2022/10/10, Planilla N° 1048701893 – correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 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	$ 12.460.000,00	$ 11.060.000,00	$ 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	$ 12.460.000,00	$ 11.060.000,00	$ 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.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		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	