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:	mayo/2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPJUNTH-0250-2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
0297-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESENTRALIZAD A DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		20/4/2023
		Valor inicial:		9,753,300
		VIGENCIA AÑO 2023 SIIF 57123		9,753,300
		VIGENCIA AÑO 2022		
		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		9,753,300
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			214823	57123
			Fecha:	20/4/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N/A
		Aseguradora (Si aplica):		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		N/A
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		Capitán Jessei Katherine Fuentes. 20/04/2023
		Fecha de inicio de contrato		20/4/2023
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			20/4/2023	31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 6 MESES		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/CC: 23,175,785		
IVIS JOHANA BURGOS LEON	Dirección: calle 13 N° 78 D 13		
	Teléfono: 3006688280		
	Cuenta Bancaria N°. 0570005570391184		
	Banco: DAVIVIENDA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: el hospital se obliga a pagar el valor del contrato por prestaion de servicios a favor del contratista dentro de lo treinta (30) dias calendario.

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

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIONES DE LA ENTIDAD DESENTRALIZAD A DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	may-23	N/A	$ 1.540.000,00

MILITAR CENTRAL					$ -
Total del mes					$ 1.540.000,00
Saldo del contrato					**$ 7.700.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$1.540.000,00**
VALOR EN LETRAS :	**UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/05/05 y riesgos profesionales 2023/05/05 Planilla N° 4498007660– correspondiente al mes de ABRIL
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ABRIL); así mismo certifico que el/la) contratista presento 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.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	9,753,300,00	$ 2.053.300,00	$ 0,00	$ 7.700.000,00
AÑO 2023	$ 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	9,753,300,00	$ 2.053.300,00	$ 0,00	$ 7.700.000,00
	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: CAPITAN. JESSEI KATHERINE FUENTES PINZON- GRUPO DE HOSPITALIZACION.
NUMERO DE CEDULA: 1010191068
FIRMA : Kathe 29/05/2023 11:02

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	x	
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	x	1

ACTIVIDADES MES MAYO DE 2023

NOMBRES Y APELLIDOS: **IVIS JOHANA BURGOS LEON**
IDENTIFICACION: **23175785**
OBJETO DEL CONTRATO: **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL.**

1. Mantener comunicación con la Unidad de Farmacia con el fin de tramitar medicamentos pendientes al momento de la hora de salida o durante la estancia hospitalaria.
2. Realizar los trámites administrativos de los medios diagnósticas y laboratoriosclínicos que se realizan en el hospital e informar al jefe de turno
3. Mantener la comunicación entre familiares y médico tratante con el fin de mejorarlos canales de comunicación
4. Reportar oportunamente faltantes de hotelería del servicio de hospitalización
5. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de las FUERZASMILITARES, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la
6. Procurar el cuidado de su salud y suministrar información clara, veraz y completasobre su estado de salud.
7. Realizar el trámite administrativo de los exámenes extra-hospitalarios, agilizando eltiempo de respuesta, revisando la trazabilidad del proceso
8. Gestionar las citas médicas del post-operatorio, neonatos y post- quirúrgicos,pacientes oncológicos.
9. Hacer buen uso de los elementos de protección personal necesarios para laactividad contratada.
10. prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
11. Mantener una actitud proactiva en el ejercicio diario de su profesión.
12. Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para el personal de la Entidad, como para la comunidad y el medio ambiente.
13. Aportar los comprobantes de pago al sistema de seguridad social.
14. Mantener contacto directo con el paciente y familiares para manejar un solo canalde comunicación.
15. Reportar oportunamente los daños de servicio de informática y equipo biomédico en cadatriangulo.
16. . Socializar los deberes y derechos de los pacientes y acompañantes, con el respectivosoporte.
17. Socializar normas de bioseguridad a los asistentes de las citas médicas en consultaexterna
18. Gestión de citas POP para pacientes con egreso de pisos 12, 11 y 6 piso

Jessei Katherine Fuentes Pinzón

23/05/2023

SUPERVISOR: **JESSEI KATHERINEFUENTES PINZON**
C.C. 1010191068

8+11

CONTRATISTA: **IVIS JOHANA BURGOS LEON**
C.C. 23175785

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23175785
AZÓN SOCIAL:			IVIS JOHANA BURGOS LEON
NICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CLL 136A 139-24	TELÉFONO:	1111111
ANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
SA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
RESENTACIÓN:	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4498007660	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994238198

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001-COLFONDOS		1	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 0	$ 61.900
										$ 61.900	**$ 0**	**$ 61.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 48.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.400	$ 0	$ 0	$ 48.400
												$ 48.400	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
								$ 9.500	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
BURGOS LEON IVIS JOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO	21																	231001-COLFONDOS	10	$ 386.667	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 61.900	EPS005-SANITAS S.A.	10	$ 386.667	$ 48.400	$ 0	$ 48.400	14-33 COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.	10	$ 386.667	23175785	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 119.800**

Planilla Pagada