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 1

Fecha:	DICIEMBRE DE 2022				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**TIPO DE PROCESO**	CONTRATACION DIRECTA	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	CPSUNTH-1003-2022

2399/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	10/26/2022	
		Valor inicial:	$46.884.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$7.240.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$39.644.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$,00	
		1-		
		Valor Total	$46.884.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			450322	4669
			Fecha:	10/26/2022
		Garantía Cumplimiento :	N/A	
		Aseguradora:	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía:	N/A	
		Fecha de la notificación del Supervisor:	01/11/2022	
		Fecha de Inicio :	01/11/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2022	31/10/2023
		Vigencia del Contrato: 31/10/2023		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1101693255		
SANCHEZ CUBIDES LINDA SARID DEL ROSIO		Dirección: CALLE 8 N 16-39		
		Teléfono: 3229273851		
		Cuenta Bancaria No. 000610949		
		Banco: BANCO BOGOTA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			X	

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°2399/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	NOVIEMBRE DE 2022		$3.607.000,00
Total del mes					**$3.607.000,00**
Saldo del contrato					**$43.277.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$3.607.000,00**
VALOR EN LETRAS	**TRES MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL PESOS**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales – correspondiente al mes de OCTUBRE En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); asi 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

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$7.240.000,00	$3.607.000,00	$,00	$3.607.000,00
AÑO 2023	$39.644.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$39.644.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$3.607.000,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$46.884.000,00	$,00	$,00	$43.277.000,00
	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:

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Jefe Jannethe Novoa Cucarian** Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermería Hospital Militar Central Supervisora Contrato
NUMERO DE CEDULA:	39.795.444
FIRMA :	

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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

DATOS BASICOS DEL CONTRATO						
TIPO Prestación de servicios	**Contrato**	2399/2022	**Convenio**		**No.**	**Fecha** 01/11/2022
FECHA DE INICIO	01 de Noviembre 2022	**FECHA DE TERMINACION**		31 de OCTUBRE 2023		

OBJETO	Prestación de Servicios enfermera profesional
ALCANCE DEL OBJETO	N/A
VALOR	$46.884.000
CONTRATISTA	Linda Sarid del Rosio Sanchez Cubides
PLAZO	Desde el 01 de Noviembre de 2022 hasta el 31 de octubre 2023
FORMA DE PAGO	Dentro de los 30 dias calendario
IDENTIFICACIÓN (CC – NIT)	1101693255
REPRESENTANTE LEGAL	N/A
Supervisora (or) / Interventora (or) del Contrato	Jefe Jannethe Novoa Cucarian
Apoyo a la supervisión	N/A

DATOS BASICOS DEL CONTRATO	
REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO	N/A
REQUISITOS DE LEGALIZACION	N/A
REQUISITOS DE EJECUCION	N/A

PONDERACION ADICIONAL
N/A
N/A

GARANTIA UNICA			
ASEGURADORA			
NO. DE LA POLIZA	**CONCEPTO DEL AMPARO**	**VIGENCIAS**	
		DESDE (DIA, MES, AÑO)	**HASTA (DIA MES AÑO)**
	CUMPLIMIENTO		
	CALIDAD		
	SALARIOS		
	ESTABILIDAD		
	CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES		
	SALARIOS Y PRESTACIONES		
	OTRAS		

VERIFICACIÓN AFILIACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL APORTES A RIESGOS LABORALES, APORTES PARAFISCALES

El supervisor / interventor del contrato, certifica que realizó frente al contratista la verificación de:

- Afiliación al Sistema de Seguridad Social (salud y pensiones)
- Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales
- Paz y salvo de aportes patronales y parafiscales (personas jurídicas)

PARA CONSTANCIA SE FIRMA

Supervisor / interventor: Jefe **Janneth Novoa Cucarian** Servidor Misional en Sanidad Militar Profesional de enfermería Servicio de Enfermería Hospital Militar Central Janneth Novoa C. Enfermera Jefe C.C. 39.795.444	**Contratista:** Linda Sarid del Rosio Sanchez Cubides Enfermera profesional
Apoyo a la Supervisor: N/A	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LINDA SARID DEL ROSIO SANCHEZ CUBIDES
IDENTIFICACION:	CC-1101693255
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-11-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-12-13
FECHA DE PAGO:	2022-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2022-11
PERIODO SALUD:	2022-11
NUMERO PLANILLA:	8622057788
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8618766058
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.443.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.400	$ 180.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.443.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 230.900
14-25	800226175	COLMENA	1	$ 1.443.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.200	$ 35.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 446.500	$ 446.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/01/2023