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:	ago-23				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACIÓN DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPS-UNTH 0048-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UNTH-0052-2023	PRESTACÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		16-1-23
		Valor inicial:	$	14.630.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$	14.630.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)	$	-
		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	$	14.630.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			120823	3023
			Fecha:	16-01-2023
		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:	CATALINA CORREA MAZUERA 16-01-2023	
		Fecha de inicio de contrato	16-01-2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			16-01-2023	31-10-2023
		Vigencia del Contrato: (9) MESES- 16 días		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:			
EVERLIDES BILIANA MOLINA MOLINA	NIT/C.C.: 22.446.850		
	Dirección: KRA 77 B Nº72 A 35 APTO 510 BLOQUE C		
	Teléfono: 3156725873		
	Cuenta Bancaria No. 380-528-026		
	Banco: DE BOGOTA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: A 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 $
PRESTACÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA-HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A		ago-23	N/A	$ 1.540.000,00
					$ -
Total del mes					**$ 1.540.000,00**
Saldo del contrato					**$ 3.080.000,00**

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS -Pensión y Riesgos Profesionales 08 de AGOSTO-2023 Planilla N°9454104495 correspondiente al mes de JULIO-2023 $ 358,900,oo
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(JULIO)**; 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 SATISFACCIÓN

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): Se anexa Informes de Actividades del mes de AGOSTO-2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 14.630.000,00	$ 11.550.000,00	$ 0,00	$ 3.080.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 14.630.000,00	$ 11.550.000,00	$ 0,00	$ 3.080.000,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**CATALINA CORREA MAZUERA**
NUMERO DE CEDULA:	**53.176.999**
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		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

Informe de ejecución de Contrato U Orden de prestación de servicios	Fecha: 31-08-2023

Cuenta de Cobro mes : **AGOSTO 2023**

Área Y/O Servicio : **Subdirección de Docencia**
N° de Contrato : **UNTH-0052-2023**
Documento : **22,446,850**
Nombre del contratista : **Everlides B Molina Molina**
Objeto del Contrato : **Auxiliar de Gestión UNIC**
Area de servicio: **Subdirección de Docencia -UNIC**

	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Actividades Ejecutadas	1	8	2023	31	8	2023

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	**Unidad de Investigación:** Se realiza en control doc avales aprobados por ètica para firma de Director(e) Gral. Se elaboran control doc solicitud de Conceptos Proyectos código:2022132-2023060-2023063, artículos-Póster Códigos: 372023-392023-402023-442023-452023 y Avales Institucional código: 2022022-2022155-2023003-2023015-2023033-2023038-2023047-2023052-2023054-2023055 proyectos para el Comité de Ética. Se envia Reporte de Actividades Inusuales al oficial de cumplimiento, mes de Julio 2023. Se envian correos electrónicos a investigadores de los proyectos y artículos No aprobados con sugerencias o cambios. Realizar control doc de respuestas. Se realiza seguimiento y control de conceptos y avales aprobados por comité de Ética. Cargue de documentación aprobada en la plataforma Symphony. Se envia solicitud de verificación de conceptos pendientes de proyectos por parte del Comité de Ética. Se realiza actas de Comité Interno de Investigación. Se retroalimenta cuadro de control y seguimiento de Proyectos de Investigación. Enviar por correo electrónico Avales Institucionales aprobados a cada uno de los investigadores. Se envia cuadro en excel de avales aprobados por Comité de Ética del mes de Julio para presentación de Comité Mensual de Investigación. Seguimiento firmas Acta de Liquidación y Nuevo Contrato Comodato con ECCI.
2	**Apoyo Unidad de Formación y Docencia:** Se da apoyo logistico en la Inducción del Personal en prácticas formativas, en la verificación y presentación en la plataforma Saberes.
3	**Subdirección de Docencia e Investigación Científica-SDIC:** Se da apoyo en las labores administrativas, realización de control doc, envio de correos electrónicos y recibo de correspondencia en físico de parte de Ayudantía. Registro de correspondencia recibida en libro SDIC
4	
5	
6	
7	

Observaciones :

OPS : **Everlides Biliana Molina Molina** C.C. 22.446.850 Bquilla	Nombre y Apellido del Supervisor : **Catalina Correa Mazuera** Jefe Unidad de Investigación UNIC Supervisor de Contrato Número de cédula : 53.176.999

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22446850		MOLINA MOLINA EVERLIDES BILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77B # 72 A -35 APTO 510	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4851852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	86788627	9454104495	I	2023/08/14	2023/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	22446850	MOLINA EVERLIDES		230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS001	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22446850		MOLINA MOLINA EVERLIDES BILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77B # 72 A -35 APTO 510	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4851852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	86788627	9454104495	I	2023/08/14	2023/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

PLANILLA PAGADA

2023/08/08 00:54 AM