| 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: | OCTUBRE DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | CONTRATACION DIRECTA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0999-2022 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2301/2022 | 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: | 10/25/2022 | |
| | | Valor inicial: | $46.884.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $7.240.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 39523 | $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) |
| | | | 440622 | 141522 |
| | | | Fecha: | 10/25/2022 |
| | | 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: 1018483752 | | |
| FONSECA FIQUE CRISTIAN CAMILO | | Dirección: CARRERA 116 A N° 89 A 30 | | |
| | | Teléfono: 3006265586 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 0550452900110829 | | |
| | | Banco: DAVIVIENDA | | |
| | | 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°2301/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES | N/A | N/A | OCTUBRE 2023 | MAÑANA | $3.967.000,00 |
| **Total del mes** | | | | | **$3.967.000,00** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ ,00** |

**NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE OCTUBRE $ ,00**

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$3.967.000,00** |
| **VALOR EN LETRAS** | **TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL PESOS** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales9456812890 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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 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 | $7.214.000,00 | $ ,00 | $ ,00 |
| AÑO 2023 | $39.644.000,00 | $39.670.000,00 | $ ,00 | $ ,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 | $46.884.000,00 | $46884000,0,0 | $ ,00 | $ ,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**<br>Servidor Misional en Sanidad Misional<br>Servicio de Enfermeria<br>Hospital Militar Central<br>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 REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | X | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | 2301/2022 |
| | **Tipo** | Prestación de Servicios | | | | | | |
| **Objeto** | Prestación de Servicios Profesional de Enfermería | | | | | | | |
| **Contratista** | Cristian Camilo Fonseca Fique | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 1018483752 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | N/A | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | Jefe Jannethe Novoa Cucarian | | | | | | |
| | **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | | | | | | |

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

### 2. FECHAS RELEVANTES

| | FECHA DD/MM/AÑO |
|---|---|
| **Suscripción** | 25/10/2022 |
| **Iniciación** | 01/11/2022 |
| **Cesión** | |
| **Suspensión** | |
| **Reinicio** | |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | Noviembre | 01/11/2022 | 31/10/2023 |
| Prórroga | | | |
| PLAZO TOTAL | | | |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | | | |

### 4. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 46.884.000 |
| VALOR ADICIÓN | $0 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | $ 46.884.000 |

## DATOS REQUERIDOS

### 5. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA | ORDEN DE PAGO No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | Noviembre 2022 | $ 3.607.000 |
| | | Diciembre 2022 | $ 3.607.000 |
| | | Enero 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Febrero 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Marzo 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Abril 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Mayo 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Junio 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Julio 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Agosto 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Septiembre 2023 | $ 3.967.000 |
| | | Octubre 2023 | $ 3.967.000 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $46.884.000 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $ 0 |
| SALDO A LIBERAR | $0 |
| SALDO LIBERADO | $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 |
|---|---|
| **PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL** | 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).

## DATOS REQUERIDOS

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 |
|---|---|---|---|
| 09/09/2023 | 522.800 | 198.400 | 253.900 |

**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 |
| N/A | N/A | N/A | N/A |

**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 (OCTUBRE) de (2023) | | | |
|---|---|---|---|
| **El SUPERVISOR** | | **El CONTRATISTA** | |
| **Nombre** | Jannethe Novoa Cucarián | **Nombre Representante Legal** | Cristian Camilo Fonseca Fique |
| **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | **Identificación** | 1018483752 |

| 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: | OCTUBRE DE 2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | CONTRATACION DIRECTA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-1159-2022 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3207/2022 | 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: | 12/14/2022 | |
| | | Valor inicial: | $41.593.700,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2022 | $1.923.700,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 58323 | $39.644.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ NA | |
| | | VIGENCIA AÑO | $ NA | |
| | | VIGENCIA AÑO | | |
| | | Adiciones : | | |
| | | 1- | $ | |
| | | 2- | $ | |
| | | 3- | $ | |
| | | 4- | $ | |
| | | Reducciones : | $528.932,00 | |
| | | 1- | | |
| | | | | |
| | | Valor Total | $41.593.700,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF) |
| | | | 569522 | 141522 |
| | | | Fecha: | 12/15/2022 |
| | | Garantía Cumplimiento : | N/A | |
| | | Aseguradora: | N/A | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía: | N/A | |
| | | Fecha de la notificación del Supervisor: | 15/12/2022 | |
| | | Fecha de Inicio : | 15/12/2022 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 15/12/2022 | 31/10/2023 |
| | | Vigencia del Contrato: 31/10/2023 | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 1033727255 | | |
| GALARZA TORRES DIANA MARCELA | | Dirección: diana.galarza@outlook.com | | |
| | | Teléfono: 3124721228 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 005570337401 | | |
| | | Banco: Davivienda | | |
| | | Tipo de Cuenta: | Ahorros | Corriente |
| | | | X | |