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:	NOVIEMBRE DE 2023				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	**TIPO DE PROCESO**	CONTRATACION DIRECTA	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	CPSUNTH-0974-2022

2534/2022	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:	10/27/2022	
		Valor inicial:	$23.436.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2022	$3.606.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 31423	$19.830.000,00	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO	$ NA	
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones :		
		1-	$	
		2-	$	
		3-	$	
		4-	$	
		Reducciones :	$1.778.700,00	
		1-		
		Valor Total	$23.436.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF)
			470022	47022
			Fecha:	10/27/2022
		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: 1022990745		
FANDIÑO BUSTOS LAURA VANESSA		Dirección: CL 91 SUR 07 28		
		Teléfono: 3114759013		
		Cuenta Bancaria No. 0570004270198403		
		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°2534/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	OCTUBRE 2023		$1.454.200,00
Total del mes					**$1.454.200,00**
Saldo del contrato					**$,00**

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE OCTUBRE **$528.800,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.454.200,00
VALOR EN LETRAS	UN MILLON SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales1057251184 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**faltante30/09/2023 y 08/10/2023, 14/10/2023 y 28/10/2023**

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$3.606.000,00	$3.545.900,00	$60.100,00	$,00
AÑO 2023	$19.830.000,00	$21.525.100,00	$1.718.600,00	$,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	$23.436.000,00	$25071000,0,0	$1.778.700,00	$,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** Servidor Misional en Sanidad Misional Servicio de Enfermeria 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 REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	2534/2022
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios auxiliar de enfermeria							
Contratista	Laura Vanesa Fandiño Bustos							
Identificación (CC – Nit)	1022990745							
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	27/10/2022
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	$ 23.436.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$23.436.000

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2022	$ 1.803.000
		Diciembre 2022	$ 1.742.900
		Enero 2023	$ 1.850.800
		Febrero 2023	$ 1.983.000
		Marzo 2023	$ 1.850.800
		Abril 2023	$ 1.850.800
		Mayo 2023	$ 1.850.800
		Junio 2023	$ 1.718.600
		Julio 2023	$ 1.850.800
		Agosto 2023	$ 1.850.800
		Septiembre 2023	$ 1.850.800
		Octubre 2023	$1.454.200

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$21.657.300
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$528.800
SALDO LIBERADO	$1.249.900

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 CAMILLERO 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

DATOS REQUERIDOS

	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
03/10/2023	382.100	145.000	185.600

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

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los (31) días del mes de (OCTUBRE) de (2023)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Jannethe Novoa Cucarian	**Nombre Representante Legal**	Laura Vanesa Fandiño Bustos
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1022990745