

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05		
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa <small>Por nosotros. Tu familia, nosotros, para el mundo entero</small>		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					
<u>TIPO DE CONTRATO</u>	PRESTACION DE SERVICIOS	<u>TIPO DE PROCESO</u>	CONTRATACION DIRECTA	<u>N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL</u>	<u>CPSUNTH-0999-2022</u>

2300/2022	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 39423		\$39.644.000,00	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO		\$ NA	
		VIGENCIA AÑO			
		Adiciones :			
		1-		\$	
		2-		\$	
		3-		\$	
		4-		\$	
		Reducciones :		\$1.418.563,00	
		1-			
		Valor Total		\$46.884.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)
				440322	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: 1090483866			
FLOREZ URIBE LUZ ESPERANZA		Dirección: CARRERA 8 C N 167 D APTO 904			
		Teléfono: 3203986882			
		Cuenta Bancaria No. 47676014841			
		Banco: Bancolombia			
		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 Ingres	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°2300/2022 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	OCTUBRE 2023	TARDE	\$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 profesionales 1057243994 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 8/10/2023

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	\$7.240.000,00	\$6.853.301,00	\$360.699,00	\$,00
AÑO 2023	\$39.644.000,00	\$38.612.136,00	\$1.057.864,00	\$,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	\$45465437,0,0	\$1.418.563,00	\$,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:

NUMERO DE CEDULA:

FIRMA :

Jefe Jannethe Novoa Cucarian

Servidor Misional en Sanidad Misional

Servicio de Enfermería

Hospital Militar Central

Supervisora Contrato

39.795.444

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		

 HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISION		CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-04
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 25-05-2022
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		VERSIÓN: 04
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 4

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	Contrato	☒	Convenio	☐	Orden	☐	No.	2300/2022 ✓
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Profesional enfermería ✓							
Contratista	Florez Uribe Luz Esperanza							
Identificación (CC – Nit)	1090483866							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	Nombre	Jefe Jannethe Novoa Cucarian						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

m 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	\$ 3.246.301 ✓
		Diciembre 2022	\$ 3.607.000 ✓
		Enero 2023	\$ 3.834.767 ✓
		Febrero 2023	\$3.834.767 ✓
		Marzo 2023	\$3.702.534 ✓
		Abril 2023	\$ 3.967.000 ✓
		Mayo 2023	\$3.967.000 ✓
		Junio 2023	\$ 3.967.000 ✓
		Julio 2023	\$ 3.702.534 ✓
		Agosto 2023	\$ 3.702.534 ✓
		Septiembre 2023	\$ 3.967.000 ✓
		Octubre	\$ 3.967.000 ✓
VALOR PAGOS EFECTUADOS		\$45.104.738	✓
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		\$ 0	
SALDO A LIBERAR		\$0	✓
SALDO LIBERADO		\$1.418.563	

La(él) 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 ENFERMERÍA 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

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISION	CODIGO	GA-GECO-MN-02-FT-04	VERSION	04
		Página:	3 de 3		

DATOS REQUERIDOS

(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
05/10/2023	491.000	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)

EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	Jannethe Novoa Cucarín	Nombre Representante Legal	Florez Uribe Luz Esperanza
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	Identificación	1090483866