**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**NIT: 830.040.256-0**

**DATOS REQUERIDOS**

**1. DATOS GENERALES**

| | |
|---|---|
| CONTRATO | |
| | |

| | |
|---|---|
| No. | 0233/2018 |
| TIPO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | JENNY ALEXANDRA SANCHEZ PEREZ | |
| IDENTIFICACIÓN | 1026251882 | |
| SUPERVISOR | Nombre | Dra. MARTA EDY ARIZA MATEUS |
| | Cargo | JEFE UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO FACTURADORA DE CUENTAS MEDICAS | |

**2. VALOR**

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 14.946.000 |
| VALOR ADICIÓN(ES) | |
| | |
| VALOR TOTAL | $ 14.946.000 |

**DATOS REQUERIDOS**

## 3. PAGO

El interventor certifica:

- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.
- Que el porcentaje de ejecución a la fecha es de 100%.

| | COLUMNA 1 | | COLUMNA 2 |
|---|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO | $ 14.946.000 | | |
| VALOR EJECUTADO | | | |
| VALOR PAGADO | | | $ 14.946.000 |
| PENDIENTE POR PAGAR | | | |
| SALDO A LIBERAR | | | |
| SUMAS IGUALES | $ 14.946.000 | | $ 14.946.000 |

**NOTA:** EL VALOR TOTAL DE LAS COLUMNAS 1 Y 2 DEBE SER IGUAL DE ACUERDO AL EJEMPLO ANTERIORMENTE MENCIONADO

## 4. 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 |
|---|---|
| **ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS** | |
| **OTRAS OBLIGACIONES** | |
| | |

**DATOS REQUERIDOS**

**5. PAGOS EFECTUADOS**

| FACTURA No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|
| **01** | 31-12-2018 | $ 0 |
| **02** | 31-01-2019 | $ 0 |
| **03** | 28-02-2019 | $ 636.000. oo |
| **04** | 31-03-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **05** | 30-04-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **06** | 31-05-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **07** | 30-06-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **08** | 31-07-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **09** | 31-08-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **10** | 30-09-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **11** | 31-10-2019 | $ 1'590.000.oo |
| **12** | 30-11-2019 | $ 1'590.000.oo |

**6. 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. (Valor Último mes pago)

| FECHA | VALOR TOTAL | SALUD | PENSION | RIESGOS LABORALES |
|---|---|---|---|---|
| 13 -11 -2019 | $ 256.300.oo | $ 103.600.oo | $ 132.500.oo | $ 20.200 |

--

## DATOS REQUERIDOS

### 7. 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

| SISTEMA DE PUNTUACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NA | No aplicable | 2 | 0 |
| | 0 | No cumple | 3 | bueno |
| | 1 | malo | 4 | excelente |

| | | CALIFICACION 0-4 |
|---|---|---|
| CALIDAD DEL BIEN Y/O SERVICIO | Cumple con el objeto del contrato | 3 |
| | La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido | 3 |
| OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR | Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor | 3 |
| | Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades | 3 |
| CUMPLIMIENTO | Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes) | 3 |
| | Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios) | 3 |

**EVALUACION DEL PROVEEDOR**

**TDTAL DE PUNTOS OBTENIDOS** ( 18 )

**TOTAL DE PUNTOS POSIBLES** ( 24 )

X 100 = **75**

| | | |
|---|---|---|
| EXCELENTE | 76 - 100 | |
| BUEND | 51 - 75 | X |
| REGULAR | 26 - 50 | |
| MALO | 0 - 25 | |

**CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES** ( 6 )

| CALIFICACION | BUENO |
|---|---|

**DATOS REQUERIDOS**

**8. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES**

| |
|---|
| |

Para constancia se firma en Bogotá, a los 30 días del mes de 11 de 2019

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| Nombre | Dra. Marta Edy Ariza Mateus | Nombre Representante Legal | JENNY ALEXANDRA SANCHEZ PEREZ |
| Cargo | Jefe de Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación | Identificación | CC. 1026251882 |