

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:		ENERO DE 2024			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	CONTRATACION DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CPSUCLB-0463-2023

1171/2023	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:		10/28/2023		
		Valor inicial:		\$25.776.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2023		\$3.966.000,00		
		VIGENCIA AÑO 2024 SIFF 64924		\$21.810.000,00		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO		\$ NA		
		VIGENCIA AÑO				
		Adiciones :				
		1-		\$		
		2-		\$		
		3-		\$		
		4-		\$		
		Reducciones :		\$21.446.500,00		
		1-				
		Valor Total		\$25.776.000,00		
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF)	
				401223	99323	
				Fecha:	11/1/2023	
		Garantía Cumplimiento :		N/A		
		Aseguradora:		N/A		
Fecha de aprobación de la Garantía:		N/A				
Fecha de la notificación del Supervisor:		01/11/2023				
Fecha de Inicio :		01/11/2023				
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION			
		01/11/2023	31/10/2024			
Vigencia del Contrato:		31/10/2024				
Prorrogas:						
1-						
2-						
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 1030573576				
ZULUAGA GOMEZ LUZ ASTRID		Dirección: CARRERA 78 J N° 57 D 58 SUR				
		Teléfono: 3214017880				
		Cuenta Bancaria No. 24042042011				
		Banco: Banco caja social				
Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente			
		X				

FORMA DE PAGO: EN CASO DE PERSONAS NATURALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECCO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		4 DE 4	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacén que Ingresó	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL N°1171/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES	N/A	N/A	ENERO DE 2024	NOCHE 1	\$363.500,00
Total del mes					\$363.500,00
Saldo del contrato					\$,00

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE ENERO \$21.446.500,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$363.500,00
VALOR EN LETRAS	TRECIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales73047857correspondiente al mes de DICIEMBRE. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de DICIEMBRE); 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: Terminación Bilateral A partir del 05/01/2024

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$3.966.000,00	\$3.833.800,00	\$132.200,00	\$,00
AÑO 2024	\$21.810.000,00	\$363.500,00	\$21.446.500,00	\$,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	\$25.776.000,00	\$4.197.300,00	\$21.446.500,00	\$,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

Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas

Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública

Servicio de Enfermería

Supervisora Contrato

37.948.181

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE DE ENTIDAD SUPERVISOR:

C.C. 37.948.181

NUMERO DE CÉDULA:

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		

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 3

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	Contrato	X	Convenio		Orden		No.	1171/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Zuluaga Gomez Luz Astrid							
Identificación (CC – Nit)	1.030.573.576							
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	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	\$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	\$0
VALOR REDUCCIONES	\$0
VALOR TOTAL	\$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	\$ 1.850.800
		Diciembre 2023	\$ 1.983.000
		Enero 2024	\$ 363.500
VALOR PAGOS EFECTUADOS			\$ 4.197.300
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA			\$ 0
SALDO A LIBERAR			\$ 21.446.500
SALDO LIBERADO			\$ 132.200

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 AUXILIAR 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).

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

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
28/12/2023	358.900	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

--

Para constancia se firma en Bogotá, a los (05) días del mes de (ENERO de 2024)

EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	Jannethe Novoa Cucarían	Nombre Representante Legal	Zuluaga Gomez Luz Astrid
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	Identificación	1.030.573.576