DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**UCLB-0949-2023**
	Tipo							
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
Contratista	ANYI LORENA FONSECA VELASCO							
Identificación (CC – Nit)	1.001.047.708							
Representante Legal	**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA						
	Cargo	Servidor Misional Sanidad Militar						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	30/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	31/03/2024
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial		01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL		01/11/2023	31/10/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO		01/11/2023	31/03/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$20.020.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$11.858.000
VALOR TOTAL	$ 8.162.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
1	NOVIEMBRE		$1.540.000
2	DICIEMBRE		$1.540.000
3	ENERO		$1.694.000
4	FEBRERO		$1.694.000
5	MARZO		$1.694.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$8.162.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$11.858.000

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
	El contratista cumplió con el objeto contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	N/A

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
01/03/2024	$370.500	$162.500	$208.000

DATOS REQUERIDOS

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

Nº DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL

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 marzo de 2024

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Nathalie Johanna Gómez Anaya	**Nombre Representante Legal**	Anyi Lorena Fonseca Velasco
Cargo	Servidor Misional Sanidad Militar	**Identificación**	C.C. 1.001.047.708

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 2

Fecha:	MARZO DE 2024				
TIPO DE ONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	DIRECTA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II /	CPSUCLB-0437-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
UCLB-0949-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Fecha de suscripción:		30/10/2023
		Valor inicial:	$ 20.020.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	$ 3.080.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024 SIIF 101924	$ 16.940.000,00	
		VIGENCIA AÑO		
		VIGENCIA AÑO		
		VIGENCIA AÑO		
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-		
		3-		
		4-		
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$ 11.858.000,00	
		1-		
		2-		
		3-		
		4-		
		Valor Total Contrato	$ 20.020.000,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			388823	134523
			Fecha:	31/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	N/A	
		Aseguradora (Si aplica):	N/A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	ZONIA LILIANA AGUDELO GALINDO - 01-11-	
		Fecha de inicio de contrato	01/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			01/11/2023	31/10/2024
		Vigencia del Contrato: PLAZO DE EJECUCION Y 4 MESES MÁS		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 1001047708		
ONSECA VELASCO ANYI LORENA		Dirección: CARRERA 8 ESTE No. 7ª10 SUR		
		Teléfono: 3133514458		
		Cuenta Bancaria No. 0550488419213571		
		Banco: DAVIVIENDA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
			x	

ORMA DE PAGO: Dentro de los 30 días calendario

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		N/A	MARZO		$ 1.694.000,00
otal del mes					$ 1.694.000,00
aldo del contrato					$ -

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$1.694.000,00
VALOR EN LETRAS :	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024-03-01 y riesgos profesionales 2024-03-01. Planilla N° 1061007696 correspondiente al mes de FEBRERO de 2024. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de FEBRERO de 2024; así mismo certifico que el/la) contratista presentó 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 SATISFACCIÓN.

1

OBSERVACIONES:

1

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 16.940.000,00	$ 5.082.000,00	$ 11.858.000,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 3.080.000,00	$ 3.080.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 20.020.000,00	$ 8.162.000,00	$ 0,00	$ 0,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA**
NUMERO DE CEDULA:	**63.541.443**
FIRMA :	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestacion de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

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	NO	
Acta de supervisión y/o Factura	SI	
Pago de Seguridad Social	NO	