MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Informe de supervisión contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión - nivel central- de la DGSM
	Código: MDN-CGFM-PROATH-DGSM-FU.95.1-7
	Proceso: Administración del Talento Humano

Bogotá D.C

Señor
Capitán
REINALDO SANTOS VALDERRAMA
Coordinador Grupo de Talento Humano (E)
Bogotá D.C

Asunto: Informe de Supervisión y Seguimiento No 03 del Contrato No. 032–MDN-CGFM-DGSM-PS-2018, cuyo seguimiento es Mensual __X__ó Final _____

Respetuosamente, me dirijo al señor Capitán, Coordinador Grupo de Talento Humano (E) de la Dirección General de Sanidad Militar, con el fin de presentar el informe de supervisión y seguimiento del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, de acuerdo con la siguiente información:

1. Datos del supervisor

Nombre del supervisor	SMSM. CARLOS CUELLAR SANCHEZ
Grupo	GRUPO RED – SS-DGSM
Cargo	JEFE AUDITORIA CONVENIO DGSM-HOMIC

2. Datos del contrato supervisado

Numero de contrato	032 –MDN-CGFM-DGSM-PS-2018
Fecha de contrato	9/01/2018
Contratista	LUANDA TATYANA ROA MONROY
Cedula de Ciudadanía	1.057.918.656
Objeto	Prestación de servicios profesionales como enfermera Jefe especialista en auditoria o áreas afines en la auditoria convenio DGSM-HOMIC.
Valor incluido IVA (si aplica)	N/A
Plazo de ejecución	11 MESES Y 22 DIAS
Fecha acta de inicio (si aplica)	N/A
Fecha terminación del contrato	31/12/2018

3. Seguimiento Contractual

El contratista está cumpliendo con las obligaciones del contrato	Si		No		Cumplimiento Parcial	

4. Descripción del desarrollo de las actividades contractuales

Número	Obligación especificas del contratista y/o cumplimiento de las especificaciones técnicas del contrato	Cumple	No cumple	Evidencia del cumplimiento de las obligaciones específicas del contratista y/o cumplimiento de las especificaciones técnicas del contrato
1.	Efectuar auditoría de cuentas, (pertinencia y racionalidad logicocientifica) a la facturación asignada mes a mes correspondiente a los servicios prestados por el HOMIC, según estándares de verificación establecido por servicios.	X		Se realizó auditoria a la facturación del mes de: DICIEMBRE 2017. HOSPITALIZADOS :EJC:214 AMBULATORIOS: EJC:4861 URGENCIAS:EJC:
2.	Recepcionar FACTURACION.	X		mes de ENERO
3.	Elaborar informes consolidados y detallados de la ejecución del convenio de cada DISAN y del HOMIC	X		Realización informe de clasificación de SOAT, ATEP y catastróficas de la facturación asignada correspondiente a DICIEMBRE de 2017 38 reportes de EJC
4.	Respuesta de glosas del mes correspondiente.	X		Respuesta de glosa de mes de SEPTIEMBRE: EJC:1159, HMC:27

5. Cumplimiento de Obligaciones al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

Para dar estricto cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el parágrafo 2 del artículo 1 de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (cajas de compensación familiar, sena e instituto Colombiano de Bienestar Familiar- cuando aplique). Se anexa certificado del cumplimiento por parte del contratista.

Ítem	No de planilla	Periodo de pago *año – mes*	Fecha de pago *año – mes – día*
Pensión	4204451813	2018 - 03	2018 -03-20
salud	4204451813	2018 - 03	2018 -03-20
Riesgos profesionales	4204451813	2018 - 03	2018 -03-20

6. Aspectos Financieros

La información financiera que a continuación se relaciona refleja la ejecución de los pagos realizados al contratista basado en la ejecución y avance del cumplimiento de las actividades y el objeto contractual:

No de Pago	Mes	Control Ejecución de Pagos
03	MARZO 2018	
Valor Inicial del Contrato		$41.573.922
(-) Valor Ejecutado hasta el mes anterior		$6.141.602
(-) Valor a pagar del Mes		$3.543.232
(=) Saldo del Contrato		$31.889.088

7. Otras observaciones relevantes del supervisor:

A LA FECHA CUMPLE CON LO PACTADO CONTRACTUALMENTE

CARLOS CUÉLLAR
FIRMA DEL SUPERVISOR

Atentamente,

SMSM. CARLOS CUELLAR SANCHEZ
Supervisor
Correo electrónico carlos.cuellar@sanidadfuerzasmilitares.mil.co
No. de contacto 3486868 Ext. 5611

Señores
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Ciudad Bogotá.

Yo **LUANDA TATYANA ROA MONROY**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.057.918.656 de San Luis de Gaceno**, certificó que los aportes realizados correspondientes al mes de **MARZO** 2018 a salud, Pensión y ARL voluntaria, SI ( ) **NO (X),** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

Firma _____

Nombre: **Luanda Tatyana Roa Monroy**
C.C. No. **1.057.918.656 de San Luis de Gaceno**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1057918656
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL		LUANDA TATYANA ROA MONROY ROA MONROY
CIUDAD/MUNIC IPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL 58F # 48B 56 SUR TELÉFONO	4642178
TIPO APORTANTE	02 INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	42044518 13	TIPO DE PLANILLA			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO	2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES marzo	AÑO	2018
DIAS DE MORA		7			
FECHA PAGO (aaaammdd)		20180320 NUMERO AUTORIZACIÓN			998824706

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23020	23020 PROTECCION (INK+PROTEC)	1	$ 226.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 226.800	$ 1.300	$ 226.100
SUBTOTALES										$ 226.800	$ 1.300	$ 226.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008 COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 177.200	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 177.200	$ 1.000	$ 0	$ 178.200
SUBTOTALES													$ 177.200	$ 1.000	$ 0	$ 178.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14 23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.400	$ 7.400	$ 100	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES									$ 7.400	$ 100	$ 0	$ 7.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24 COMPENSAR	1	$ 6.800	$ 100	$ 6.700
SUBTOTALES			$ 6.800	$ 100	$ 6.700

SOI

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF	SENA	ICBF	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1057918656	ROA MONROY LUANDA TATYANA	1 DEPENDIENTE	0 NINGUNO	$ 1.417.252	NO	23020 PROTECCION (ING+PROTEC)	30	$ 1.417.252	$ 226.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 226.800	EPS008 COMPENSAR	30	$ 1.417.252	$ 177.200	$ 0	$ 177.200	14 23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	$ 1.417.252	1057918656	$ 7.400	CCF24 COMPENSAR	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800

TOTAL **$ 422.500**