

|                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                             |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                                 |                                                       | <b>FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b> | <b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-05</b>  |
| <br><b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b><br><small>Grupo Social y Empresarial de la Defensa</small> | <b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b> |                                                             | <b>FECHA DE EMISIÓN: 05-02-2021</b> |
|                                                                                                                                                                                 | <b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>              |                                                             | <b>VERSIÓN: 06</b>                  |
|                                                                                                                                                                                 | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>               |                                                             | <b>PÁGINA: 1 de 2</b>               |

**INFORME DE SUPERVISIÓN**

Fecha: MARZO -2021

|                             |                             |                     |                      |                                   |                          |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATACION</b> | <b>CONTRATACION DIRECTA</b> | <b>CONTRATO No.</b> | <b>UNTH0791-2020</b> | <b>No. PROCESO EN EL SECOP II</b> | <b>CPSUNTH-0297-2020</b> |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------------|

|                                                              |                                            |                                     |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| CONTRATO No.<br><br>UNTH0791-2020                            | OBJETO:<br><br>AUXILIAR DE ENFERMERIA      | DATOS GENERALES DEL CONTRATO        |
|                                                              |                                            | Fecha de suscripción: 01/12/2020    |
|                                                              |                                            | Valor inicial \$19.210.000,00       |
|                                                              |                                            | Adiciones                           |
|                                                              |                                            | 1- \$ _____                         |
|                                                              |                                            | 2- \$ _____                         |
|                                                              |                                            | Reducciones                         |
|                                                              |                                            | 1- \$ _____                         |
|                                                              |                                            | 2- \$ _____                         |
|                                                              |                                            | Valor Total \$19.210.000,00         |
|                                                              |                                            | Registro Presupuestal SIIF No 34521 |
|                                                              |                                            | Fecha: 02/16/202101/12/2020         |
|                                                              |                                            | CDP No. 109120                      |
|                                                              |                                            | Garantía No.: NA                    |
| Aseguradora: NA                                              |                                            |                                     |
| Fecha de aprobación de la Garantía: NA                       |                                            |                                     |
| Fecha de la notificación del Supervisor 01/12/2020           |                                            |                                     |
| Fecha del Acta de Inicio 01/12/2020                          |                                            |                                     |
| Plazo de ejecución del Contrato 31/10/2022                   |                                            |                                     |
| Vigencia del contrato: 31/10/2022                            |                                            |                                     |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:<br>PINO OSORIO INGRID KATHERIN | NIT/C.C.: 1033775150                       |                                     |
|                                                              | Dirección: DIAGONAL 46 A SUR N 12 F 25 SUR |                                     |
|                                                              | Teléfono: 3183015970                       |                                     |
|                                                              | Cuenta Bancaria No. 485970004621           |                                     |
|                                                              | Banco: Davivienda                          |                                     |
| Clase de Cuenta Ahorros X Corriente                          |                                            |                                     |

**Forma de pago:**

- Dentro de los 30 días calendario

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO  | GA-GECO-MN-02-FT-05 | VERSION | 06 |
|---------|---------------------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
|         |                                             | Página: | 2 de 2              |         |    |

| Descripción de Bienes y/o Servicios a recibir                                                       | No. Factura | Fecha      | No. Relación de Soportes | Valor \$        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--------------------------|-----------------|
| LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO ESTATAL No. UNTH0791-2020 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES. | 5           | MARZO-2021 | N3                       | \$1.634.260,00  |
| Saldo del contrato                                                                                  |             |            |                          | \$12.257.000,00 |

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: POR LA SUMA DE (\$\$1.634.260,00)

| Nº CONTRATO   | DESCRIPCION- OBJETO    | CANTIDAD CONTRATADA | CANTIDAD EJECUTADA A LA FECHA | VALOR DEL MES  | VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | VALOR LIBERACION |
|---------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|------------------|
| UNTH0791-2020 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | \$19.210.000,00     | \$4.968.520,00                | \$1.634.260,00 | \$12.257.000,00              | \$350.220,00     |

OBSERVACION: EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AL DIA CON LOS APORTES HASTA EL MES DE FEBRERO DE 2021

| No. PLANILLA | VALOR PAGADO | FECHA DE PAGO |
|--------------|--------------|---------------|
| 9416828340   | \$281.200,00 | 03/05/2021    |

**Información que debe transcribir para el informe de supervisión de Bienes y/o Servicios a recibir:**

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente; 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 Y SIN OBSERVACIONES LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO DE LA REFERENCIA.

**Observaciones:**

| NOVEDAD  | FECHA NOVEDAD |
|----------|---------------|
| faltante | 17/02/2021    |

| Nº CUENTA | MES           | CANTIDAD SE SOLICITA LIBERACION | VALOR DEL MES A RECONOCER | VALOR TOTAL MES | JUSTIFICACION (Liberación) |
|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------------|
| 5         | MARZO DE 2021 | \$116.740,00                    | \$1.634.260,00            | \$1.751.000,00  | faltante                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Mayor Carolina Silva Henao</b><br>Oficial Superior en Comisión Administrativa<br>Permanente en la Administración Pública<br>Servicio de Enfermería<br>Supervisora Contrato |
| <b>NUMERO DE CÉDULA:</b> 55.304.157                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |