

|                                                                                                                                                                     |                         |                                                      |                      |                                               |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| 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:                                                                                                                                                              |                         | SEPTIEMBRE DE 2023                                   |                      |                                               |                   |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                    | PRESTACION DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO                                      | CONTRATACION DIRECTA | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | CPSUNTH-0195-2023 |

|                               |                                                                                                                                                                       |                                          |                 |                      |  |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--|
| 0231/2023                     | 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:                    |                 | 3/8/2023             |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Valor inicial:                           |                 | \$15.335.200,00      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | VIGENCIA AÑO 2022                        |                 | \$ ,00               |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | VIGENCIA AÑO 2023 SIFF 175523            |                 | \$15.335.200,00      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | VIGENCIA AÑO                             |                 | \$ NA                |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | VIGENCIA AÑO                             |                 | \$ NA                |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | VIGENCIA AÑO                             |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Adiciones :                              |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 1-                                       |                 | \$                   |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 2-                                       |                 | \$                   |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 3-                                       |                 | \$                   |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 4-                                       |                 | \$                   |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Reducciones :                            |                 | \$132.200,00         |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 1-                                       |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Valor Total                              |                 | \$15.335.200,00      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | COMPROMISO PRESUPUESTAL                  | SIIF            | N°CDP (SIIF)         |  |
|                               |                                                                                                                                                                       |                                          | 175523          | 8323                 |  |
|                               |                                                                                                                                                                       |                                          | Fecha:          | 3/9/2023             |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Garantía Cumplimiento :                  |                 | N/A                  |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Aseguradora:                             |                 | N/A                  |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Fecha de aprobación de la Garantía:      |                 | N/A                  |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Fecha de la notificación del Supervisor: |                 | 09/03/2023           |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Fecha de Inicio :                        |                 | 09/03/2023           |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Plazo de ejecución                       | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |  |
|                               |                                                                                                                                                                       |                                          | 09/03/2023      | 31/10/2023           |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Vigencia del Contrato: 31/10/2023        |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Prorrogas:                               |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 1-                                       |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | 2-                                       |                 |                      |  |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: |                                                                                                                                                                       | NIT: 1001280049                          |                 |                      |  |
| CLAVIJO PULIDO LAURA TATIANA  |                                                                                                                                                                       | Dirección: CALLE 182 #45 24              |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Teléfono: 3012979249                     |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Cuenta Bancaria No. 0550488437518894     |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Banco: DAVIVIENDA                        |                 |                      |  |
|                               |                                                                                                                                                                       | Tipo de Cuenta:                          | Ahorros         | Corriente            |  |
| X                             |                                                                                                                                                                       |                                          |                 |                      |  |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO  | GA-GECO-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°0231/2023 CLAUSULA SEGUNDA. ACTIVIDADES | N/A                 | N/A         | SEPTIEMBRE 2023 |                          | \$1.983.000,00 |
| Total del mes                                                                                |                     |             |                 |                          | \$1.983.000,00 |
| Saldo del contrato                                                                           |                     |             |                 |                          | \$1.983.000,00 |

NOTA: VALOR DE LIBERACION DEL MES DE SEPTIEMBRE \$ ,00

|                                           |                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | \$1.983.000,00                                 |
| VALOR EN LETRAS                           | UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales 1056628111 correspondiente al mes de AGOSTO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 SATISFACCION

OBSERVACIONES

| VIGENCIA    | VALOR TOTAL CONTRATO<br>(Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO       | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|
| AÑO 2022    | \$ ,00                                                        | \$ ,00                | \$ ,00                     | \$ ,00                             |
| AÑO 2023    | \$15.335.200,00                                               | \$13.220.000,00       | \$132.200,00               | \$1.983.000,00                     |
| 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 | \$15.335.200,00                                               | \$13.220.000,00       | \$132.200,00               | \$1.983.000,00                     |
|             | 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   |

|                                     |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: | Jefe Janneth Novoa Cucarian<br>Servidor Misional en Sanidad Misional<br>Servicio de Enfermería<br>Hospital Militar Central<br>Supervisora Contrato |
| NUMERO DE CEDULA:                   | 39.795.444                                                                                                                                         |
| 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                |    |           |