DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**UNTH**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**1578-2022**
	Tipo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
Objeto	OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO BIOMEDICO PARA LA UNIDAD DE APOYO LOGISTICO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	Yenny Daniela Porras Useda							
Identificación (CC – Nit)	1.010.216.762							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	CT. **Nancy chaparro Chaparro**						
	Cargo	Oficial en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Publica						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	12 DE ENERO DE 2022
Iniciación	12 DE ENERO DE 2022
Cesión	NA
Suspensión	NA
Reinicio	NA

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial		12/01/2022	31/12/2022
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO		12/01/2022	31/12/2022

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 41.961.400
VALOR ADICIÓN	$ 593.000
VALOR REDUCCIONES	N/A
VALOR TOTAL	$ 42.554.400

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
	1	Enero	$ 2.284.400,00
	2	Febrero	$ 3.607.000,00
	3	Marzo	$ 3.607.000,00
	4	Abril	$ 3.607.000,00
	5	Mayo	$ 3.607.000,00
	6	Junio	$ 3.607.000,00
	7	Julio	$ 3.607.000,00
	8	Agosto	$ 3.607.000,00
	9	Septiembre	$ 3.607.000,00
	10	Octubre	$ 3.607.000,00
	11	Noviembre	$ 3.607.000,00
	12	Diciembre	$ 4.200.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 42.554.400
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$0

La supervisora / interventora 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 PROFESIONALES COMO INGENIERO BIOMEDICO PARA LA UNIDAD DE APOYO LOGISTICO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL	El contratista realizo sus funciones de manera adecuada y oportuna, cumpliendo con los plazos y cada una de las actividades.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN

DATOS REQUERIDOS

N/A	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1. N/A	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
09/12/2021	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
04/02/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
04/03/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
05/04/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
05/05/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
06/06/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
07/07/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
04/08/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
06/09/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
06/10/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
08/11/2022	$461.200	$ 175.000	$ 224.000
06/12/2022	$475.400	$ 180.400	$ 230.900

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

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

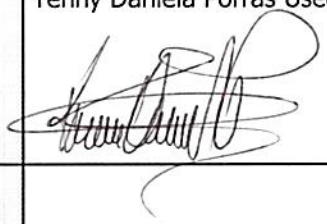
DATOS REQUERIDOS

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					X
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión					X
Calidad del bien o servicio					X
Cumplimiento					X

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 (diciembre) de (2022)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	CT. Nancy Chaparro Chaparro 	**Nombre**	Yenny Daniela Porras Useda 
Cargo	Oficial en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Publica	**Identificación**	1.010.216.762