DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	1890/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	MOLINA MENDOZA ANA YESIKA							
Identificación (CC – Nit)	26996264							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

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

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.850.800,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.014.800,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$132.200,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
17/01/2023	$382.100,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor María Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	MOLINA MENDOZA ANA YESIKA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	26996264

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0721/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0721/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

MONTILLA TORRES FABIO NELSON
Cédula de Ciudadanía 1079388725
Contrato No **0721/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 52.648.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0721/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	MONTILLA TORRES FABIO NELSON							
Identificación (CC – Nit)	1079388725							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/23/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
09/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia** Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	MONTILLA TORRES, FABIO NELSON
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1079388725

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

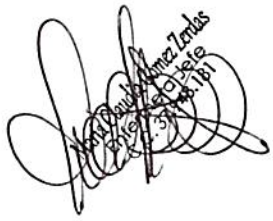
Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0944/2023

De manera atenta me dirijo a la Mayor jefe del Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0944/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Anyis oliveros jimenez
Oliveros Jimenez Anyis
Cédula de Ciudadanía 1007889657
Contrato No **0944/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0944/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Oliveros Jimenez Anyis							
Identificación (CC – Nit)	1007889657							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.850.800
		Diciembre 2023	$ 1.850.800
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 5.882.600
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 264.400

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
11/01/2024	358.900	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	Oliveros Jimenez Anyis Anyis oliveros Jimenez
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1007889657

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermeria
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0835/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermeria, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0835/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

PINZON GORDILLO ANDREA LIZETH
Cédula de Ciudadanía 1016037849
Contrato No **0835/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0835/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	PINZON GORDILLO ANDREA LIZETH							
Identificación (CC – Nit)	1016037849							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/24/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.850.800,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.014.800,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$132.200,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
09/01/2024	$382.100,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **María Claudia Gómez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	PINZON GORDILLO ANDREA LIZETH
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1016037849

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0841/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0841/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

RAMIREZ CHAVEZ MARY LUZ
Cédula de Ciudadanía 53081364
Contrato No **0841/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0841/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Ramirez Chavez Mary Luz							
Identificación (CC – Nit)	53081364							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	24/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.983.000
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.147.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 0

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
06/12/2024	358.900	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

EL SUPERVISOR		EL CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	Ramirez Chavez Mary Luz
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	53081364

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0843/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0843/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Sonia Ricardo Patiño

RICARDO PATIÑO SONIA
Cédula de Ciudadanía 1078828034
Contrato No **0843/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0843/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	RICARDO PATIÑO SONIA							
Identificación (CC – Nit)	1078828034							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/24/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
06/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	RICARDO PATIÑO SONIA Sonia Ricardo Patiño
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1078828034

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0855/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 0855/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Wendy R

RONCANCIO GONZALEZ WENDY VIANEY
Cédula de Ciudadanía 1000119502
Contrato No 0855/2023



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0855/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	RONCANCIO GONZALEZ WENDY VIANEY							
Identificación (CC – Nit)	1000119502							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/25/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
28/12/2023	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor María Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	RONCANCIO GONZALEZ WENDY VIANEY
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000119502

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermeria
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0862/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermeria, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 0862/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Karen Andrea Santiago.
SANTIAGO SALAZAR KAREN ANDREA
Cédula de Ciudadanía 1004844625
Contrato No 0862/2023

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0862/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SANTIAGO SALAZAR KAREN ANDREA							
Identificación (CC – Nit)	1004844625							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/25/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
05/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	SANTIAGO SALAZAR KAREN ANDREA Karen Andrea Santiago.
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1004844625

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0860/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0860/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Jairo Sanchez Vanegas
cc 1023861599

SANCHEZ VANEGAS JAIRO ALONSO
Cédula de Ciudadanía 1023861599
Contrato No **0860/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 1.018.[illegible]

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0860/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SANCHEZ VANEGAS JAIRO ALONSO							
Identificación (CC – Nit)	1023861599							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/25/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
09/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **María Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	SANCHEZ VANEGAS JAIRO ALONSO
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1023861599

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermeria
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0863/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermeria, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 0863/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Fernanda Serrano.
SERRANO CUFIÑO LUISA FERNANDA
Cédula de Ciudadanía 1023031112
Contrato No 0863/2023



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0863/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SERRANO CUFIÑO LUISA FERNANDA							
Identificación (CC – Nit)	1023031112							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/28/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.035.600,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.001.600,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$145.400,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
28/12/2023	$382.100,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	SERRANO CUFIÑO LUISA FERNANDA Fernanda Serrano.
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1023031112

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermeria
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0864/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 0864/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

XIMENA SILVA
SILVA LOPEZ ANGIE XIMENA
Cédula de Ciudadanía 1022428111
Contrato No 0864/2023



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0864/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SILVA LOPEZ ANGIE XIMENA							
Identificación (CC – Nit)	1022428111							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/28/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
10/01/2024	$361.000,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **María Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	SILVA LOPEZ ANGIE XIMENA XIMENA SILVA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1022428111

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0868/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 0868/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Ana Sosa Ochoa.
SOSA OCHOA ANA MILENA
Cédula de Ciudadanía 1033726808
Contrato No 0868/2023

Maria Claudia Gomez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.748.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0868/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SOSA OCHOA ANA MILENA							
Identificación (CC – Nit)	1033726808							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/28/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.916.900,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.080.900,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$66.100,00

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
02/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	SOSA OCHOA ANA MILENA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1033726808

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0870/2023

De manera atenta me dirijo a la Mayor jefe del Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0718/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Suarez Velasco Anundo
Cédula de Ciudadanía 1030586887
Contrato No **0870/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0870/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Suarez Velasco Anundo							
Identificación (CC – Nit)	1030586887							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.983.000
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.147.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 0

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
09/01/2024	382.100	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **María Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	Suarez Velasco Anundo
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1030586887

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 1159/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 1159/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

VARGAS GARZA MITCHEL NICOLE
Cédula de Ciudadanía 1019150961
Contrato No 1159/2023

Maria Claudia Gomez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	1159/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Vargas Garza Mitchel Nicole							
Identificación (CC – Nit)	1019150961							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.983.000
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.147.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 0

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
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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).

DATOS REQUERIDOS

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
04/01/2024	358.900	145.000	185.600

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	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

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 (30) días del mes de (ENERO de 2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Mayor María Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	Vargas Garza Mitchel Nicole
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1019150961