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° 0589/2023

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. 0589/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

BLANCO GARCIA SANDRA PATRICIA
Cédula de Ciudadanía 52534504
Contrato No 0589/2023

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0589/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BLANCO GARCIA SANDRA PATRICIA							
Identificación (CC – Nit)	52534504							
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	10/22/2023
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	$1.850.800,00
		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	$397.700,00	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**	BLANCO GARCIA SANDRA PATRICIA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	52534504

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° 0903/2023

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. **0903/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Juan Camilo B.
BERMUDEZ PATIÑO JUAN CAMILO
Cédula de Ciudadanía 1010134684
Contrato No **0903/2023**

Maria Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. [illegible]

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0903/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BERMUDEZ PATIÑO JUAN CAMILO							
Identificación (CC – Nit)	1010134684							
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	10/26/2023
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	$2.108.300,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.008.200,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$138.800,00

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**	BERMUDEZ PATIÑO JUAN CAMILO
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1010134684

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° 0906/2023

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. **0906/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

BUITRAGO LONDOÑO MARIA VALENTINA
Cédula de Ciudadanía 1013098648
Contrato No **0906/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0906/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BUITRAGO LONDOÑO MARIA VALENTINA							
Identificación (CC – Nit)	1013098648							
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	10/26/2023
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	$1.850.800,00
		Enero 2024	$2.108.300,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$5.809.900,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$337.100,00

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	$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**	BUITRAGO LONDOÑO MARIA VALENTINA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1013098648

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° 0718/2023

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. **0718/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Natalia V. Mej. I.
MEJIA ITUYAN NATALIA VANESSA
Cédula de Ciudadanía 1018489443
Contrato No **0718/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0718/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Mejia Ituyan Natalia Vanessa							
Identificación (CC – Nit)	1018489443							
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	26/10/2023
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
30/12/2023	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**	Mejia Ituyan Natalia Vanessa
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1018489443

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° 0852/2023

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. **0852/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Jenifer R.
RODRIGUEZ SANTOS JENIFER VIVIANA
Cédula de Ciudadanía 1033807089
Contrato No **0852/2023**

Marta Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.918.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0852/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	RODRIGUEZ SANTOS JENIFER VIVIANA							
Identificación (CC – Nit)	1033807089							
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
45288	$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** C.C. 37.943.181	**Nombre Representante Legal**	RODRIGUEZ SANTOS JENIFER VIVIANA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1033807089

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° 0899/2023

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. **0899/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Luisa Bautista
BAUTISTA BALLEN LUISA MARIA
Cédula de Ciudadanía 1000800628
Contrato No **0899/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0899/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BAUTISTA BALLEN LUISA MARIA							
Identificación (CC – Nit)	1000800628							
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	10/26/2023
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	$1.784.700,00
		Enero 2024	$2.035.600,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$5.671.100,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$475.900,00

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**	BAUTISTA BALLEN LUISA MARIA Luisa Bautista
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000800628

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° 0866/2023

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. 0866/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

SOLAQUE VALBUENA YUDI NATHALY
Cédula de Ciudadanía 1000785736
Contrato No 0866/2023



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0866/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SOLAQUE VALBUENA YUDI NATHALY							
Identificación (CC – Nit)	1000785736							
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	$528.800,00
		Diciembre 2023	$,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$2.709.800,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$3.437.200,00

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
		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**	SOLAQUE VALBUENA YUDI NATHALY
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000785736

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° 0590/2023

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. **0590/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Angela Blanco
BLANCO PLAZAS ANGELA VIVIANA
Cédula de Ciudadanía 52732372
Contrato No **0590/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0590/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BLANCO PLAZAS ANGELA VIVIANA							
Identificación (CC – Nit)	52732372							
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	10/22/2023
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	$2.108.300,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.074.300,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$72.700,00

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
29/12/2023	$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**	BLANCO PLAZAS ANGELA VIVIANA Angela Blanco
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	52732372

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° 0936/2023

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. **0936/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

MENESES ARBELAEZ DIANA CAROLINA
Cédula de Ciudadania 1032360540
Contrato No **0936/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0936/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	MENESES ARBELAEZ DIANA CAROLINA							
Identificación (CC – Nit)	1032360540							
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	10/26/2023
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
11/01/2024	$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 **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	MENESES ARBELAEZ DIANA CAROLINA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1032360540

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

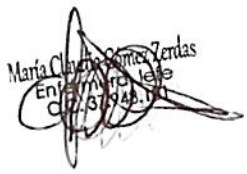
Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0828/2023

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. **0828/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Maria yanith organista
ORGANISTA VALBUENA MARIA YENITH
Cédula de Ciudadanía 52661814
Contrato No **0828/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0828/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	ORGANISTA VALBUENA MARIA YENITH							
Identificación (CC – Nit)	52661814							
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
04/01/2024	$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 Teniente Coronel Maria Claudia Gomez Zerdas Enfermero Jefe C.C. 52.748.181	**Nombre Representante Legal**	ORGANISTA VALBUENA MARIA YENITH Maria Yenith Organista
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	52661814

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° 0924/2023

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. **0924/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Wendy H
HERNANDEZ SALINAS WENDY VALENTINA
Cédula de Ciudadania 1031641679
Contrato No **0924/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0924/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	HERNANDEZ SALINAS WENDY VALENTINA							
Identificación (CC – Nit)	1031641679							
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	10/26/2023
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
07/12/2023	$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 **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	HERNANDEZ SALINAS WENDY VALENTINA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1031641679

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° 0575/2023

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. **0575/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Manuela Arenas N.
ARENAS NARANJO JHOSELYN MANUELA
Cédula de Ciudadania 1030669116
Contrato No **0575/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0575/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	ARENAS NARANJO JHOSELYN MANUELA							
Identificación (CC – Nit)	1030669116							
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	10/22/2023
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
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**	ARENAS NARANJO JHOSELYN MANUELA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	Manuela Arenas N. 1030669116

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° 0937/2023

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. **0937/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

MONTES MORELO GENNY ROSARIO
Cédula de Ciudadanía 1070818651
Contrato No **0937/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0937/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	MONTES MORELO GENNY ROSARIO							
Identificación (CC – Nit)	1070818651							
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	10/26/2023
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
07/12/2023	$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 Marie Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	MONTES MORELO GENNY ROSARIO
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1070818651

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° 0989/2023

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. **0989/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Mariana A.
AGUIRRE ROMERO MARIANA
Cédula de Ciudadanía 1000729321
Contrato No **0989/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0989/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	AGUIRRE ROMERO MARIANA							
Identificación (CC – Nit)	1000729321							
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	$1.850.800,00
		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
29/12/2023	$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 **María Claudia Gómez Zerdas** CC 37.748.181	**Nombre Representante Legal**	AGUIRRE ROMERO MARIANA Mariano A.
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000729321