DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**UCLB-0954-2023**
	Tipo							
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA							
Contratista	EVA YANETH PEREA FERNÁNDEZ							
Identificación (CC – Nit)	52.994.486							
Representante Legal	**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	NATHALIE JOHANNA GÓMEZ ANAYA						
	Cargo	Servidor Misional Sanidad Militar						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	30/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	15/03/2024
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial		01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL		01/11/2023	31-10-2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO		01/11/2023	15/03/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$20.020.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$12.705.000
VALOR TOTAL	$ 7.315.000

2

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
1	NOVIEMBRE		$1.540.000
2	DICIEMBRE		$1.540.000
3	ENERO		$1.694.000
4	FEBRERO		$1.694.000
5	MARZO		$ 847.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$7.315.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$12.705.000

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
	El contratista cumplió con el objeto contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	N/A

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
14-03-2024	370.500	$162.500	$208.000

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

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 15 días del mes de marzo de 2024

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Nathalie Johanna Gómez Anaya	**Nombre Representante Legal**	Eva Yaneth Perea Fernández
Cargo	Servidor Misional Sanidad Militar	**Identificación**	C.C. 52.355.925