DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No**	**UCLB- 0543-2023**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	LUZ MARINA SANCHEZ CRUZ							
Identificación Cedula	46.366.534							
Representante Legal	**N/A**							
Supervisora del Contrato	**Nombre**	DOCTORA. MARTA EDY ARIZA MATEUS						
	Cargo	JEFE DE UNIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA – UNIDAD CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION						

Nota: TIPO "Prestación de servicios".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	01/11/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	N.A
Suspensión	N.A.
Reinicio	N.A.

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	12 MESES	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga	N.A.		
PLAZO TOTAL	12 MESES	01/11/2023	31/10/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	4 meses , 18 DIAS	1/11/2023	18/03/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$28.306.000
VALOR ADICIÓN	$
VALOR REDUCCIONES	$
VALOR TOTAL	$28.306.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
	01.	30-11-2023	$ 2.178.000
	02.	31-12-2023	$ 2.395.000
	03.	30-01-2024	$ 2.395.000
	04.	29-02-2024	$ 2.395.000
	05.	18-03-2024	$ 1.437.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$10.800.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$17.506.000

La supervisora 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 FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual, se cumplió con el objeto del contrato

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

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	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) 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
28/02/2024	$405.500	$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
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	N.A.					
Comunicación con la supervisora	N.A.					
Oportunidad en la gestión	N.A.					
Calidad del bien o servicio	N.A.					
Cumplimiento	N.A.					

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 (18) días del mes de Marzo de 2024			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Doctora. Marta Edy Ariza Mateus	**Nombre Representante Legal**	Luz Marina Sánchez Cruz (Q.E.D.)
Cargo	Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación	**Identificación**	c.c 51.876.507

DATOS REQUERIDOS