Bogotá, D.C 30/05/2024

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° 0595/2023

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. **0595/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 14/05/2024 por motivos personales.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Ivis Burgos León

Burgos Ivis Johanna
Cédula de Ciudadania 23175785
Contrato No 0595/2023

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0595/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Burgos Leon Ivis Johanna							
Identificación (CC – Nit)	23175785							
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
		Febrero 2024	$ 2.181.000
		Marzo 2024	$ 2.181.000
		Abril 2024	$ 2.035.600
		Mayo 2024	$ 945.100

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 13.635.100
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 13.635.100
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
08/05/2024	$402.200	$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				X	
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)				X	
Oportunidad en la gestión				X	
Calidad del bien o servicio				X	
Cumplimiento				X	

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los (23) días del mes de (MAYO de 2024)			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	Burgos Leon Ivis Johanna
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	23175785

Ivis Burgos León