## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | X | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | 1170/2023 |
| | **Tipo** | Prestación de Servicios | | | | | | |
| **Objeto** | Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería | | | | | | | |
| **Contratista** | Zambrano Escobar Paola Andrea | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 1031141488 | | | | | | | |
| **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 | $ 1.916.900 |
| | | Enero 2024 | $ 1.962.900 |
| | | Febrero 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Marzo 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Abril 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Mayo 2024 | $ 2.181.000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $ 14.586.800 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $ 0 |
| SALDO A LIBERAR | $ 10.905.000 |
| SALDO LIBERADO | $ 284.200 |

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 |
|---|---|---|---|
| 09/05/2024 | $428.200 | $162.500 | $228.000 |

**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 (01) días del mes de (JUNIO de 2024)**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | Mayor María Claudia Gomez Zerdas | **Nombre Representante Legal** | Zambrano Escobar Paola Andrea |
| **Cargo** | Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato | **Identificación** | 1031141488 |