DATOS REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	UCLB-1195-2023
	Tipo	OPS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENÉTICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	LINDA SHIRLEY PALACIOS VILLAMIZAR							
Identificación (CC – Nit)	1.090.456.481							
Representante Legal	Linda Shirley Palacios Villamizar							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Julián Andrés Barreto Plaza						
	Cargo	Médico patólogo						

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

2. **FECHAS RELEVANTES**

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	01 de noviembre 2023
Iniciación	01 de noviembre 2023
Cesión	31 de octubre de 2024
Suspensión	
Reinicio	

3. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	12 meses	01/11/2023	31 de octubre 2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	12 meses	01/11/2023	31 de octubre 2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	12 meses	01/11/2023	31 de octubre 2024

4. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	74.384.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	0
VALOR TOTAL	74.384.000

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
Noviembre 2023	Pago 001	Noviembre 2023	$5.722.000
Diciembre 2023	Pago 002	Diciembre 2023	$5.722.000
Enero 2024	Pago 003	Enero 2024	$5.722.000
Febrero 2024	Pago 004	Febrero 2024	$6.294.000
Marzo 2024	Pago 005	Marzo 2024	$6.294.000
Abril 2024	Pago 006	Abril 2024	$6.294.000
Mayo 2024	Pago 007	Mayo 2024	$6.294.000
Junio 2024	Pago 008	Junio 2024	$6.294.000
Julio 2024	Pago 009	Julio 2024	$6.294.000
Agosto 2024	Pago 010	Agosto 2024	$6.294.000
Septiembre 2024	Pago 011	Septiembre 2024	$6.294.000
Octubre 2024	Pago 012	Octubre 2024	$6.294.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$74.384.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$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 PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO CON EXPERIENCIA EN CITOGENETICA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Planilla mensual de actividades cargada en SECOP II.

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
Septiembre 2024	$779.000	$314,700	$402,900

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
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

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 31 días del mes de octubre de 2024			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Julián Andres Barreto Plaza	**Nombre Representante Legal**	Linda Shirley Palacios Villamizar
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1090456481