## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | X | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | 0865/2023 |
| | **Tipo** | Prestación de Servicios | | | | | | |
| **Objeto** | Prestación de Servicios Auxiliar de enfermería | | | | | | | |
| **Contratista** | Solano Mamiam Maria Janeth | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 40187746 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | N/A | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | Martha Consuelo Romero Torres | | | | | | |
| | **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | | | | | | |

*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 |

### 5. BALANCE FINANCIERO

## DATOS REQUERIDOS

| 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 | $ 2.181.000 |
| | | Mayo 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Junio 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Julio 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Agosto 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Septiembre 2024 | $ 2.181.000 |
| | | Octubre 2024 | $ 1.890.200 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $25.485.200 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $ 0 |
| SALDO A LIBERAR | $ 290.800 |
| 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 CENTRAL** | MEDIANTE INFORMES DE SUPERVISION, ACTIVIDADES Y EVALUACIONES DE CUMPLIMIENTO POR COORDINADORAS. |

| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| N/A | MEDIANTE **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL SERVICIO ASIGNADO.** |

| 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).

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 |
|---|---|---|---|
| 03/10/2024 | $410.000 | $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 (31) días del mes de (OCTUBRE) de (2024)**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | Martha Consuelo Romero Torres | **Nombre Representante Legal** | Solano Mamiam Maria Janeth |
| **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar Servicio de Enfermería Supervisora Contrato | **Identificación** | 40187746 |