## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | **X** | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | **1053-2023** |
| | **Tipo** | PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | |
| **Objeto** | **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL.** | | | | | | | |
| **Contratista** | LADY JOHANA NOVOA OLARTE | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 40.333.301 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | Martha Lucia Pinzón Aldana | | | | | | |
| | **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** | 29/10/2023 |
| **Iniciación** | 01/11/2023 |
| **Cesión** | 30/12/2024 |
| **Suspensión** | |
| **Reinicio** | |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | 12 MESES | 1/11/2023 | 31/10/2024 |
| Prórroga | 2 MESES | 1/11/2024 | 30/12/2024 |
| PLAZO TOTAL | 12 MESES | 1/11/2023 | 30/12/2024 |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | 14 MESES | 1/11/2023 | 30/12/2024 |

### 4. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 50.050.000 |
| VALOR ADICIÓN | $ 8.470.000 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | $ 58.520.000 |

## DATOS REQUERIDOS

**5. BALANCE FINANCIERO**

| FACTURA | ORDEN DE PAGO No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| NOVIEMBRE 2023 | | | $ 3.850.000 |
| DICIEMBRE 2023 | | | $ 3.850.000 |
| ENERO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| FEBRERO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| MARZO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| ABRIL 2024 | | | $ 4.235.000 |
| MAYO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| JUNIO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| JULIO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| AGOSTO 2024 | | | $ 4.235.000 |
| SEPTIEMBRE 2024 | | | $ 4.235.000 |
| OCTUBRE 2024 | | | $ 4.235.000 |
| NOVIEMBRE 2024 | | | $ 4.235.000 |
| DICIEMBRE 2024 | | | $ 4.235.000 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $ 58.520.000 |
| 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 |
|---|---|
| Prestación de servicios profesionales como terapeuta respiratorio para el servicio de terapia respiratoria de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central | Durante la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual. |

| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| Actividades pactadas en el contrato | Durante la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de la realización de procedimientos y diligenciamiento en el SECOP |

| OTRAS OBLIGACIONES | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| N/A | N/A |

## DATOS REQUERIDOS

**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.

| FECHA | VALOR TOTAL | SALUD | PENSION |
|---|---|---|---|
| 02/12/2024 | $ 524.400 | $ 211.900 | $ 271.900 |

**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 |
| 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 30 días del mes de DICIEMBRE de 2024**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | SMSM MARTHA LUCIA PINZON ALDANA | **Nombre Representante Legal** | LADY JOHANA NOVOA OLARTE |
| **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | **Identificación** | 40.333.301 |