DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	UCLB-0764/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Profesional de enfermería							
Contratista	MELO JIMENEZ FREDY ALEXANDER							
Identificación (CC – Nit)	1032401434							
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	23/10/2023
Iniciación	1/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	1/11/2023	31/10/2024
Prórroga	Noviembre	1/11/2024	30/12/2024
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$51.564.000
VALOR ADICIÓN	$8.726.000
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 60.290.000

5. BALANCE FINANCIERO

DATOS REQUERIDOS

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 3.967.000
		Diciembre 2023	$ 3.967.000
		Enero 2024	$ 4.363.000
		Febrero 2024	$ 4.363.000
		Marzo 2024	$ 4.363.000
		Abril 2024	$ 4.363.000
		Mayo 2024	$ 4.363.000
		Junio	$ 4.363.000
		Julio 2024	$ 4.363.000
		Agosto 2024	$ 4.363.000
		Septiembre 2024	$ 4.363.000
		Octubre 2024	$ 4.363.000
		Noviembre 2024	$ 4.363.000
		Diciembre 2024	$ 4.363.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$60.290.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 0
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 PROFESIONAL 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 PROFESIONAL 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

DATOS REQUERIDOS

Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
14/11/2024	$540100	$218.200	$ 279300

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 (16) días del mes de (DICIEMBRE) de (2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Martha Consuelo Romero Torres	**Nombre Representante Legal**	MELO JIMENEZ FREDY ALEXANDER
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1032401434