DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**1043-2024**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL.**							
Contratista	SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA							
Identificación (CC – Nit)	1.109.385.825							
Representante Legal								
Supervisora Interventora del Contrato	**Nombre**	Yuliet Lizbeth Andrade Avirama (e)						
	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	31/12/2024
Iniciación	31/12/2024
Cesión	20/07/2025
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	12 MESES	31/12/2024	31/10/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	12 MESES	31/12/2024	31/10/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	6 MESES 20 DÍAS	31/12/2024	20/07/2025

DATOS REQUERIDOS

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 45.310.000
VALOR ADICIÓN	
VALOR REDUCCIONES	$ 15.103.333
VALOR TOTAL	$ 30.206.667

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
ENERO 2025			$ 4.531.000
FEBRERO 2025			$ 4.531.000
MARZO 2025			$ 4.531.000
ABRIL 2025			$ 4.531.000
MAYO 2025			$ 4.531.000
JUNIO 2025			$ 4.531.000
JULIO 2025			$ 3.020.667

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$30.206.667
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$15.103.333

La 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.

1. 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 medicina física y rehabilitación de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central	Durante la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual.

DATOS REQUERIDOS

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

6. 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
20/07/2025	$ 563.100	$ 227.500	$ 291.200

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

7. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
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.

8. 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.

DATOS REQUERIDOS

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los 11 días del mes de JULIO de 2025			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Juliet Andrade (E.) SMSM YULIET LIZBETH ANDRADE AVIRAMA	**Nombre Representante Legal**	SERGIO ANDRÉS QUEZADA MEDINA
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1.109.385.825