

 HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN		CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-04
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS		FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES		VERSIÓN: 05
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 4

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

1. DATOS GENERALES							SP-SUMD-0343-2025
Datos Generales	Contrato	x	Convenio		Orden		No.
	Tipo	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
Objeto	Prestación de servicios como auxiliar de gestion para el servicio de hospitalizacion de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central						
Contratista	LENIS LLORENTE GLACIER MARIA						
Identificación (CC – Nit)	1.102.885.014						
Representante Legal							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	Nombre	SP Cesar Augusto Pulgarin					
	Cargo	Supervisor de Contrato					

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	6/03/2025
Iniciación	6/03/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	7	6/03/2025	31/10/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	7	6/03/2025	31/10/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	7	6/03/2025	31/10/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	\$15.666.650
VALOR ADICIÓN	\$0
VALOR REDUCCIONES	\$0
VALOR TOTAL	\$15.666.650

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:	2 de 3		

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
	01	1/04/2025	1.666.650
	02	1/05/2025	2.000.000
	03	2/06/2025	2.000.000
	04	2/07/2025	2.000.000
	05	1/08/2025	2.000.000
	06	1/09/2025	2.000.000
	07	1/10/2025	2.000.000
	08	1/11/2025	2.000.000
VALOR PAGOS EFECTUADOS			\$15.666.650
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 como auxiliar de gestion para el servicio de hospitalizacion de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central	Cumplimiento de las actividades contractuales del prestador del servicio.
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
N/A	N/A
OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

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
27/03/2025	440.500	178.000	227.800
22/04/2025	440.500	178.000	227.800
07/05/2025	440.500	178.000	227.800
09/06/2025	440.500	178.000	227.800
07/07/2025	440.500	178.000	227.800
05/08/2025	440.500	178.000	227.800
24/10/2025	440.500	178.000	227.800

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		

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

Coordina eficientemente los exámenes clínicos y comunica oportunamente los resultados y novedades.

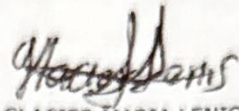
Para constancia se firma en Bogotá, a los (dd) días del mes de (mes) de (aaaa)

EL SUPERVISOR

EL CONTRATISTA

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:	4 de 3		

DATOS REQUERIDOS

Nombre	 SP CESAR AUGUSTO PULGARIN	Nombre Representante Legal	 GLACIER MARIA LENIS LLORENTE
Cargo	Supervisor de Contrato	Identificación	1102885014