

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-04
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por la Salud, el Bienestar, por la Calidad y la Vida		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 05
		SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	Contrato	X	Convenio		Orden		No.	SP-SUMD-0412-2025
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITAIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	DANIELA PAOLA RAMIREZ BUCHHEIM							
Identificación (CC – Nit)	1020844998							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	Nombre	CT. CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO						
	Cargo	SUPERVISOR DEL CONTRATO – JEFE DE HOSPITALIZACION						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	11/06/2025
Iniciación	11/06/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	5 MESES	11/06/2025	31/10/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	5 MESES	11/06/2025	31/10/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	5 MESES	11/06/2025	31/10/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	\$34.281.300,00
VALOR ADICIÓN	\$0
VALOR REDUCCIONES	\$0
VALOR TOTAL	\$34.281.300,00

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
001		13/06/2025	4897300
002		15/07/2025	7346000
003		15/08/2025	7346000
004		15/09/2025	7346000
005		15/10/2025	7346000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	\$34.281.300,00
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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITAIZACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	VERIFICACIÓN Cumplimiento de las actividades contractuales
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS N/A	VERIFICACIÓN N/A
OTRAS OBLIGACIONES N/A	VERIFICACIÓN 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.

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

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
03/07/2025	606200	244900	313500
11/08/2025	909100	367300	470200
17/09/2025	909100	367300	470200
06/10/2025	909100	367300	470200

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 2025

EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	CT. CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO	Nombre Representante Legal	DAMELA PAOLA RAMIREZ BUCHHEIM
Cargo	SUPERVISOR DEL CONTRATO – JEFE DE HOSPITALIZACION	Identificación	C.C.1.020.844.998