

|                                                                                                                                                                        |                                                       |                                                   |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                        |                                                       | <b>FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISION</b> | <b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-02-FT-04</b>  |
| <br> | <b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b> |                                                   | <b>FECHA DE EMISIÓN: 25-05-2022</b> |
|                                                                                                                                                                        | <b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>              |                                                   | <b>VERSIÓN: 04</b>                  |
|                                                                                                                                                                        | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>               |                                                   | <b>PÁGINA 1 de 3</b>                |

#### DATOS REQUERIDOS

##### 145. DATOS GENERALES

|                                                 |                                                                                                                                                                    |                                         |          |  |       |  |     |                   |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|--|-------|--|-----|-------------------|
| Datos Generales                                 | Contrato                                                                                                                                                           | X                                       | Convenio |  | Orden |  | No. | SP-SSAA-1270-2024 |
|                                                 | Tipo                                                                                                                                                               | PRESTACION DE SERVICIOS                 |          |  |       |  |     |                   |
| Objeto                                          | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                                         |          |  |       |  |     |                   |
| Contratista                                     | JENNY CAROLINA SIERRA SUANCHA                                                                                                                                      |                                         |          |  |       |  |     |                   |
| Identificación (C.C)                            | 1.019.111.707                                                                                                                                                      |                                         |          |  |       |  |     |                   |
| Representante Legal                             | N/A                                                                                                                                                                |                                         |          |  |       |  |     |                   |
| Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato | Nombre                                                                                                                                                             | Capitán Laura Juliana Linares Laverde   |          |  |       |  |     |                   |
|                                                 | Cargo                                                                                                                                                              | Coordinador Servicio de Urgencias ( E ) |          |  |       |  |     |                   |

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

##### 146. FECHAS RELEVANTES

|                    | <b>FECHA DD/MM/AÑO</b>  |
|--------------------|-------------------------|
| <b>Suscripción</b> | 17/12/2024              |
| <b>Iniciación</b>  | 31 de Diciembre de 2024 |
| <b>Cesión</b>      |                         |
| <b>Suspensión</b>  |                         |
| <b>Reinicio</b>    |                         |

##### 147. PLAZO DE EJECUCIÓN

| <b>PACTADO (meses)</b> |          | <b>FECHAS</b>           |                       |
|------------------------|----------|-------------------------|-----------------------|
|                        |          | <b>Desde</b>            | <b>Hasta</b>          |
| Inicial                | 11 Meses | 31 de Diciembre de 2024 | 31 de Octubre de 2025 |
| Prórroga               |          |                         |                       |
| PLAZO TOTAL            |          |                         |                       |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO  | 11 Meses | 31 de Diciembre de 2024 | 31 de Octubre de 2025 |

##### 148. VALOR

| <b>CONCEPTO</b>   | <b>VALOR EN PESOS</b> |
|-------------------|-----------------------|
| VALOR INICIAL     | \$ 73.460.000         |
| VALOR ADICIÓN     | \$0                   |
| VALOR REDUCCIONES | \$0                   |
| VALOR TOTAL       | \$ 73.460.000         |

### DATOS REQUERIDOS

#### 149. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA                        | ORDEN DE PAGO No. | FECHA                   | VALOR       |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|
|                                |                   | 31 DE DICIEMBRE DE 2024 | \$244.867   |
|                                |                   | ENERO DE 2025           | \$7.101.133 |
|                                |                   | FEBRERO DE 2025         | \$7.346.000 |
|                                |                   | MARZO DE 2025           | \$7.346.000 |
|                                |                   | ABRIL DE 2025           | \$7.346.000 |
|                                |                   | MAYO DE 2025            | \$7.346.000 |
|                                |                   | JUNIO DE 2025           | \$7.346.000 |
|                                |                   | JULIO DE 2025           | \$7.346.000 |
|                                |                   | AGOSTO DE 2025          | \$7.346.000 |
|                                |                   | SEPTIEMBRE DE 2025      | \$7.346.000 |
|                                |                   | OCTUBRE DE 2025         | \$7.346.000 |
| VALOR PAGOS EFECTUADOS         |                   | \$73.460.000            |             |
| 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.

#### 150. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | Mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, que desarrollará en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el contrato, dejando de presente que tales actividades se desarrollarán en el Hospital Militar Central. |
| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                               | Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)                                                                                                                                                                                                                              |
| 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)                                                                                                                                                               |



|         |                                   |         |                     |         |    |
|---------|-----------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
| FORMATO | ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISION | CODIGO  | GA-GECO-MN-02-FT-04 | VERSION | 04 |
|         |                                   | Página: | 3 de 3              |         |    |

#### DATOS REQUERIDOS

##### 151. 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   |
|-----------------------|-------------|-----------|-----------|
| 01 de Octubre de 2025 | \$909.100   | \$367.300 | \$470.200 |

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

##### 152. POLIZAS

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

| N° DE POLIZA | AMPARO | VIGENCIA |       |
|--------------|--------|----------|-------|
|              |        | INICIO   | FINAL |
|              |        |          |       |

**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.

##### 153. 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 OCTUBRE DE 2025

| EI SUPERVISOR |                                         | EI CONTRATISTA             |                               |
|---------------|-----------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Nombre        | Capitán Laura Juliana Linares Laverde   | Nombre Representante Legal | Jenny Carolina Sierra Suancha |
| Cargo         | Coordinador Servicio de Urgencias ( E ) | Identificación Cc.         | 1.019.111.707                 |

