DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**SP-SUMD-0769-2024**
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	CARDENAS SANCHEZ DIGNA ROSA							
Identificación (CC – Nit)	1007806739							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**SMSM Maria Nelcy Toro Quintero**						
	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	12/9/2024
Iniciación	31/12/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	DICIEMBRE	31/12/2024	31/10/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	DICIEMBRE	31/12/2024	31/10/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	DICIEMBRE	31/12/2024	31/10/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	25080000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	25080000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Enero 2025	2424400
		Febrero 2025	2508000
		Marzo 2025	2340800
		Abril 2025	2173600
		Mayo 2025	2508000
		Junio 2025	2508000
		Julio 2025	2006400
		Agosto 2025	2340800
		Septiembre 2025	2173600
		Octubre 2025	2508000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	23491600
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$1588400,00
TOTAL	$25080000,00

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 AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	MEDIANTE INFORMES DE SUPERVISION, ACTIVIDADES Y EVALUACIONES DE CUMPLIMIENTO POR COORDINADORAS.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL

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).

DATOS REQUERIDOS

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.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
16/01/2025	$ 402.200	$233.400	$298.800
12/02/2025	$ 440.500	$233.400	$298.800
18/03/2025	$ 440.500	$233.400	$298.800
21/04/2025	$ 440.500	$233.400	$298.800
5/20/2025	440500	$233.400	$298.800
6/17/2025	440500	$233.400	$298.800
7/14/2025	440500	$233.400	$298.800
8/19/2025	440500	$233.400	$298.800
9/23/2025	440500	$233.400	$298.800
		$233.400	$298.800

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	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

DATOS REQUERIDOS

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)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**SMSM María Nelcy Toro Quintero**	**Nombre Representante Legal**	**CARDENAS SANCHEZ DIGNA ROSA** Rosa cardenas
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1007806739