DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**	**HOMIL**	**Orden**		**No.**	**SP-SSAA-1417 -2024**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**VIVIANA MERCEDES CASTRO FLOREZ**							
Identificación (CC – Nit)	**59313028**							
Representante Legal	**N/A**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**María Elena Villalobos Sánchez**						
	Cargo	Jefe Unidad de Farmacia						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	24/12/2024
Iniciación	31/12/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

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

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	**$ 27.070.000**
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	**$ 27.070.000**

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
001		ENERO 2025	$ 2.707.000
002		FEBRERO 2025	$ 2.707.000
003		MARZO 2025	$ 2.707.000
004		ABRIL 2025	$ 2.707.000
005		MAYO 2025	$ 2.707.000
006		JUNIO 2025	$ 2.707.000
007		JULIO 2025	$ 2.707.000
008		AGOSTO 2025	$ 2.707.000
009		SEPTIEMBRE 2025	$ 2.707.000
010		OCTUBRE 2025	$ 2.707.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	**$ 27.070.000**
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.

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 TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento al objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
N/A	**N/A**

DATOS REQUERIDOS

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
OBLIGACIONES ESPECIFICAS COMO TECNICO EN FARMACIA	A través de la ejecución del contrato de prestación de servicios, se dio cumplimiento a las obligaciones específicas estipuladas intrínsecamente en el contrato.

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
27/01/2025	$433.200	$164.400	$210.400
19/02/2025	$473.000	$179.500	$229.700
03/13/2025	$471.700	$179.500	$228.700
15/04/2025	$476.600	$178.700	$229.500
19/05/2025	$472.600	$179.000	$227.500
19/06/2025	$472.600	$178.000	$229.300
18/07/2025	$472.400	$179.200	$229.400
21/08/2025	$473.000	$179.300	$227.800
17/09/2025	$472.800	$174.900	$229.600
14/10/2025	$471.200	$178.700	$228.700

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.

DATOS REQUERIDOS

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

El contratista dentro del plazo de ejecución del contrato dio cumplimiento a las obligaciones contractuales.

Para constancia se firma en Bogotá, a los Treinta y un (31) días del mes de octubre de 2025

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**María Elena Villalobos Sánchez**	**Nombre Representante Legal**	JUJIANA CASTRO F **VIVIANA MERCEDES CASTRO FLOREZ**
Cargo	Jefe Unidad de Farmacia	**Identificación**	C.C. **59313028**