DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**	**HOMIL**	**Orden**		**No.**	**SP-SSAA-1434-2024**
	Tipo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**ARIXSI PACAZUCA RAMIREZ**							
Identificación (CC – Nit)	**1000353745**							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Maria 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	26/12/2024
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

DATOS REQUERIDOS

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

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
001		ENERO 2025	$ 2.707.00
002		FEBRERO 2025	$ 2.707.00
003		MARZO 2025	$ 2.707.00
004		ABRIL 2025	$ 2.707.00
005		MAYO 2025	$ 2.707.00
006		JUNIO 2025	$ 2.707.00
007		JULIO 2025	$ 2.707.00
008		AGOSTO 2025	$ 2.707.00
009		SEPTIEMBRE 2025	$ 2.707.00
010		OCTUBRE 2025	$ 2.707.00
			$ 2.707.00

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

DATOS REQUERIDOS	
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACION**
N/A	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	**VERIFICACIÓN**
1.PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA EN LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR	Durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento al objeto contractual.

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.

2025-01-03	$402.200	$ 162.500	$ 208.000
2025-02-14	441.300	178.000	227.800
2025-03-11	440.500	178.000	227.800
2025-04-11	440.500	178.000	227.800
2025-05-13	440.500	178.000	227.800
2025-06-10	440.500	178.000	227.800
2025-07-10	440.500	178.000	227.800
2025-08-05	440.500	178.000	227.800
2025-09-12	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/A	N/A	N/A	N/A

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación d 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**

DATOS REQUERIDOS

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)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**María Elena Villalobos Sánchez**	**Nombre Representante Legal**	**ARIXSI PACAZUCA RAMIREZ**
Cargo	Jefe Unidad de Farmacia	**Identificación**	C.C. 1000353745