DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**	**HOMIL**	**Orden**		**No.**	SP-SSAA-1448-2024
	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	GLORIA MARCELA TORRES RODRIGUEZ							
Identificación (CC – Nit)	53049434							
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	26/12/2025
Iniciación	31/12/2025
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
01		ENERO 2025	$ 2.707.000
02		FEBRERO 2025	$ 2.707.000
03		MARZO 2025	$ 2.707.000
04		ABRIL 2025	$ 2.707.000
05		MAYO 2025	$ 2.707.000
06		JUNIO 2025	$ 2.707.000
07		JULIO 2025	$ 2.707.000
08		AGOSTO 2025	$ 2.707.000
09		SEPTIEMBRE 2025	$ 2.707.000
10		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	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
OBLIGACIONES ESPECIFICAS COMO TECNICOS 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.

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
08/01/2025	$402.200	$162.500	$208.000
10/02/2025	$440.500	$178.000	$227.800
07/03/2025	$440.500	$178.000	$227.800
07/04/2025	$440.500	$178.000	$227.800
06/05/2025	$440.500	$178.000	$227.800
09/06/2025	$440.500	$178.000	$227.800
11/07/2025	$440.500	$178.000	$227.800
15/08/2025	$440.500	$178.000	$227.800
11/09/2025	$440.500	$178.000	$227.800
10/10/2025	$441.200	$178.300	$228.100

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	

DATOS REQUERIDOS

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 treinta y un (31) días del mes de octubre de 2025

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**María Elena Villalobos Sánchez**	**Nombre Representante Legal**	Gloria Marcela Torres R. **GLORIA MARCELA TORRES RODRIGUEZ**
Cargo	Jefe Unidad de Farmacia	**Identificación**	C.C. **53049434**