DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**	HOMIL	**Orden**		**No.**	SP-SSAA-1410-2024
	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	JOHANNA MILENA RAMIREZ							
Identificación (CC – Nit)	52752422							
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

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

OTRAS OBLIGACIONES	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 a las obligaciones contractuales.

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
20/01/2025	$ 405.200	$ 163.700	$ 209.500
18/02/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
10/03/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
10/04/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
19/05/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
25/06/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
18/07/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
12/08/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
10/09/2025	$ 440.500	$ 178.000	$ 227.800
10/10/2025	$ 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° 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

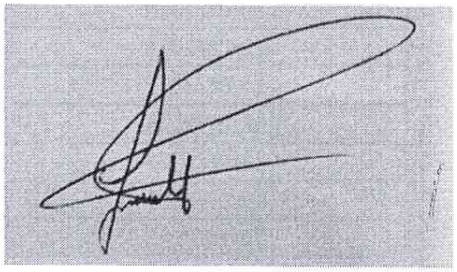
Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes				X	
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión				X	
Calidad del bien o servicio				X	
Cumplimiento					X

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

DATOS REQUERIDOS

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**	 **JOHANNA MILENA RAMIREZ**
Cargo	**Jefe Unidad de Farmacia**	**Identificación**	**C.C. 52.752.422**