DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**1041-2024**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	ANGIE LORENA TIBADUIZA GONZALEZ							
Identificación (CC – Nit)	1.193.193.813							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Martha Lucia Pinzón Aldana						
	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	29/10/2024
Iniciación	31/12/2024
Cesión	31/10/2025
Suspensión	
Reinicio	

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

1. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 45.310.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 45.310.000

DATOS REQUERIDOS

2. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
ENERO 2025			$ 4.531.000
FEBREROL 2025			$ 4.531.000
MARZO 2025			$ 4.531.000
ABRIL 2025			$ 4.531.000
MAYO 2025			$ 4.531.000
JUNIO 2025			$ 4.531.000
JULIO 2025			$ 4.531.000
AGOSTO 2025			$ 4.531.000
SEPTIEMBRE 2025			$ 4.531.000
OCTUBRE 2025			$ 4.531.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 45.310.000
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.

3. 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 profesionales como terapeuta respiratorio para el servicio de terapia respiratoria de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central	Durante la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Actividades pactadas en el contrato	Durante la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de la realización de procedimientos y diligenciamiento en el SECOP

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

DATOS REQUERIDOS

4. 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
01/10/2025	$ 561.300	$ 226.500	$ 290.300

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

5. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
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.

6. 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

Para constancia se firma en Bogotá, a los 31 días del mes de OCTUBRE de 2025			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	SMSM MARTHA LUCIA PINZON ALDANA	**Nombre Representante Legal**	ANGIE LORENA TIBADUIZA GONZALEZ
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1.193.193.813