## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | X | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | UCLB-0585/2023 |
| | **Tipo** | Prestación de Servicios | | | | | | |
| **Objeto** | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | | | | | | |
| **Contratista** | BEJARANO BELTRAN ANA YANIRA | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 20546536 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | N/A | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | **Martha Consuelo Romero Torres** | | | | | | |
| | **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** | 10/22/2023 |
| **Iniciación** | 01/11/2023 |
| **Cesión** | |
| **Suspensión** | |
| **Reinicio** | |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | Noviembre 2023 | 01/11/2023 | 31/10/2024 |
| Prórroga | Noviembre 2024 | 01/11/2024 | 30/12/2024 |
| PLAZO TOTAL | | | |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | | | |

### 4. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $25.776.000,00 |
| VALOR ADICIÓN | $4.362.000,00 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | $30.138.000,00 |

### 5. BALANCE FINANCIERO

## DATOS REQUERIDOS

| FACTURA | ORDEN DE PAGO No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | Noviembre 2023 | $1.718.600,00 |
| | | Diciembre 2023 | $1.983.000,00 |
| | | Enero 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Febrero 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Marzo 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Abril 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Mayo 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Junio 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Julio 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Agosto 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Septiembre 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Octubre 2024 | $2.035.600,00 |
| | | Noviembre 2024 | $2.181.000,00 |
| | | Diciembre 2024 | $2.181.000,0 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $29.728.200,00 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $ 0 |
| SALDO A LIBERAR | $ ,00 |
| SALDO LIBERADO | $409.800,00 |

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** PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL **PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTRAL** | MEDIANTE INFORMES DE SUPERVISION, ACTIVIDADES Y EVALUACIONES DE CUMPLIMIENTO POR COORDINADORAS. |

| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| N/A | MEDIANTE **PRESTACION DE SERVICIOS COMO** PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL **PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL SERVICIO ASIGNADO.** |

| OTRAS OBLIGACIONES | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| 1. PLAN DE PAGO Y TRAMITE PARA PRESTACION DE SERVICIO EFECTIVO CON VERIFICACION EN PLATAFORMA SECOP II CARGADO | FUERON REGISTRADAS MENSUALMENTE EN EL INFORME DE ACTIVIDADES CARGADAS EN SECOP II |

### 7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

## DATOS REQUERIDOS

(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 |
|---|---|---|---|
| 11/12/2024 | $402.200,00 | $162.500 | $ 208.000 |

**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

**Se firma el acta final en diciembre dejando evidencia que se ha prestado el servicio conforme se encuentra los informes de supervisión, para el mes de diciembre en caso de presentarse novedades a partir del 15 de diciembre 2024 relacionado con el efectivo servicio, el contratista se compromete a reembolsar el valor de los honorarios que no se hicieron efectivos en el servicio.**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | Martha Consuelo Romero Torres | **Nombre Representante Legal** | BEJARANO BELTRAN ANA YANIRA<br><br>ACTAS FIRMADAS EN ORIGINAL, REPOSA EN FINANCIERA. |
| **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar<br>Servicio de Enfermeria<br>Supervisora Contrato | **Identificación** | 20546536 |