DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	*X*	**Convenio**		**Orden**		**No.**	*144-2025*	
	Tipo	*Prestación de servicios*							
Objeto	*MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL*								
Contratista	*ESPECIFIKA SAS*								
Identificación (CC – Nit)	*901790568*								
Representante Legal	*MARCO ANTONIO ZABALETA ROA*								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	*TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO*							
	Cargo	*RESPONSABLE DE EQUIPO INDUSTRIAL*							

Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	*03/07/2025*
Iniciación	*15/07/2025*
Cesión	---
Suspensión	---
Reinicio	---

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	*5 MESES*	*15/07/2025*	*15/12/2025*
Prórroga			
PLAZO TOTAL	*5 MESES*	*15/07/2025*	*15/12/2025*
PLAZO TOTAL EJECUTADO	*5 MESES*	*15/07/2025*	*15/12/2025*

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	*$35.000.000*
VALOR ADICIÓN	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	*$35.000.000*

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FV340		*1/08/2025*	*$ 5.000.000,00*
FV339		*1/08/2025*	*$ 13.332.760,00*
FV348		*25/08/2025*	*$ 8.330.000,00*
FV407		*2/12/2025*	*$ 6.426.000,00*

VALOR PAGOS EFECTUADOS	*$33.088.760,00*
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	*$1.911.240,00*

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.

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
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se cumplió con el objeto del contrato dentro del plazo de ejecución contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
SE REALIZÓ EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN.	El contratista cumplió con los mantenimientos, según tiempos, especificaciones y requerimientos del contrato.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

DATOS REQUERIDOS

6. 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
18/11/2025	*$4.383.400*	*$738.100*	*$2.630.900*

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 3

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901790568-8	ESPECIFIKA SAS	Cra 81 B 65 A 58	3167071345	info.especifika@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	18/11/2025	91488572	$4.383.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	64.000	0		0		0	0	0	0	64.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	307.400	0		0		0	0	0	0	307.400	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	38.600	0		0		0	0	0	0	38.600	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	128.100	0		0		0	0	0	0	128.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	805.800	0	0	0	0	0	0		805.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	457.200	0	0	0	0	0	0		457.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.367.900	0	0	0	0	0	0		1.367.900	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	645.200				645.200	0	0	645.200			6.452	645.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	369.200	0	0	369.200	10

DATOS REQUERIDOS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 3

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901790568-8	ESPECIFIKA SAS	Cra 81 B 65 A 58	3167071345	info.especifika@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	18/11/2025	91488572	$4.383.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	64.000	0		0		0	0	0	0	64.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	307.400	0		0		0	0	0	0	307.400	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	38.600	0		0		0	0	0	0	38.600	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	128.100	0		0		0	0	0	0	128.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	805.800	0	0	0	0	0	0		805.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	457.200	0	0	0	0	0	0		457.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.367.900	0	0	0	0	0	0		1.367.900	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	645.200				645.200	0	0	645.200			6.452	645.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	369.200	0	0	369.200	10

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 3

DATOS DEL APORTANTE

DATOS DE LA PLANILLA

DETALLE POR COTIZANTE

DATOS REQUERIDOS

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
CSC-100055624	*CUMPLIMIENTO*	*10/07/2025*	*15/12/2026*
	PRESTACIONES SOCIALES	*10/07/2025*	*15/12/2028*
	CALIDAD DEL SERVICIO	*10/07/2025*	*15/12/2026*
	CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO	*10/07/2025*	*15/12/2026*

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.

8. 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

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

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

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, 15 de diciembre de 2025

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	*TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO*	**Nombre Representante Legal**	MARCO ANTONIO ZABALETA ROA Firmado digitalmente por MARCO ANTONIO ZABALETA ROA Fecha: 2026.04.08 21:25:48 -05'00' *MARCO ANTONIO ZABALETA ROA*
Cargo	*Responsable de Equipo Industrial*	**Identificación**	*C.C. 19.383.125*