

|                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                   |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>                                                                                                                                     |                                                       | <b>FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b> | <b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-04</b>  |
|   | <b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b> |                                                   | <b>FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022</b> |
|                                                                                                                                                                     | <b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>              |                                                   | <b>VERSIÓN: 05</b>                  |
|                                                                                                                                                                     | <b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>               |                                                   | <b>PÁGINA 1 de 4</b>                |

## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

|                                                 |                                                                                                                                                                                       |                                 |          |  |       |  |     |  |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|--|-------|--|-----|--|
| Datos Generales                                 | Contrato                                                                                                                                                                              | SP-SSAA-1338-2025               | Convenio |  | Orden |  | No. |  |
|                                                 | Tipo                                                                                                                                                                                  | PRESTACIÓN DE SERVICIOS         |          |  |       |  |     |  |
| Objeto                                          | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA – HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                                 |          |  |       |  |     |  |
| Contratista                                     | LINA MARCELA HUERFANO MUAJE                                                                                                                                                           |                                 |          |  |       |  |     |  |
| Identificación (CC – Nit)                       | 52445653                                                                                                                                                                              |                                 |          |  |       |  |     |  |
| Representante Legal                             | LINA MARCELA HUERFANO MUAJE                                                                                                                                                           |                                 |          |  |       |  |     |  |
| Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato | Nombre                                                                                                                                                                                | Diana Carolina Moreno Reyes, MD |          |  |       |  |     |  |
|                                                 | Cargo                                                                                                                                                                                 | SUPERVISOR                      |          |  |       |  |     |  |

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

### 2. FECHAS RELEVANTES

|                    | <b>FECHA DD/MM/AÑO</b> |
|--------------------|------------------------|
| <b>Suscripción</b> | 03-09-2025             |
| <b>Iniciación</b>  | 11-11-2025             |
| <b>Cesión</b>      | ---                    |
| <b>Suspensión</b>  | ---                    |
| <b>Reinicio</b>    | ---                    |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| <b>PACTADO (meses)</b> |                 | <b>FECHAS</b> |              |
|------------------------|-----------------|---------------|--------------|
|                        |                 | <b>Desde</b>  | <b>Hasta</b> |
| Inicial                | 11-11-2025      | 11-11-2025    | 31/07/2026   |
| Prórroga 1             | N/A             | N/A           | N/A          |
| Prórroga 2             | N/A             | N/A           | N/A          |
| Prórroga 3             | N/A             | N/A           | N/A          |
| PLAZO TOTAL            | 8 meses-19 días | 11-11-2025    | 31/07/2025   |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO  | 7 meses-19 días | 11-11-2025    | 30/06/2026   |

|                |                                          |                |                            |                |           |
|----------------|------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-----------|
| <b>FORMATO</b> | <b>ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b> | <b>CÓDIGO</b>  | <b>GA-GECO-MN-01-FT-04</b> | <b>VERSION</b> | <b>05</b> |
|                |                                          | <b>Página:</b> |                            | <b>2 de 3</b>  |           |

## DATOS REQUERIDOS

### 4. VALOR

| CONCEPTO          | VALOR EN PESOS |
|-------------------|----------------|
| VALOR INICIAL     | \$109.573.000  |
| VALOR ADICIÓN     | \$0            |
| VALOR REDUCCIONES | \$0            |
| VALOR TOTAL       | \$109.573.000  |

### 5. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA        | ORDEN DE PAGO No. | FECHA      | VALOR      |
|----------------|-------------------|------------|------------|
| NOVIEMBRE 2025 | Pago 001          | 31-12-2025 | 7.978.000  |
| DICIEMBRE 2025 | Pago 002          | 30-12-2025 | 11.967.000 |
| ENERO 2026     | Pago 003          | 31-01-2026 | 12.804.000 |
| FEBRERO 2026   | Pago 004          | 28-02-2026 | 12.804.000 |
| MARZO 2026     | Pago 005          | 31-03-2026 | 12.804.000 |
| ABRIL 2026     | Pago 006          | 30-04-2026 | 12.804.000 |
| MAYO 2026      | Pago 007          | 31-05-2026 | 12.804.000 |
| JUNIO 2026     | Pago 008          | N/A        | 12.804.000 |
|                |                   |            |            |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS         | \$96.769.000 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA  | \$0          |
| SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO | \$12.804.000 |

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:

|                |                                          |                |                            |                |           |
|----------------|------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-----------|
| <b>FORMATO</b> | <b>ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN</b> | <b>CÓDIGO</b>  | <b>GA-GECO-MN-01-FT-04</b> | <b>VERSION</b> | <b>05</b> |
|                |                                          | <b>Página:</b> |                            | <b>3 de 3</b>  |           |

### DATOS REQUERIDOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>VERIFICACIÓN</b>                                                               |
| EL CONTRATISTA de manera independiente, sin subordinación jurídica ni vínculo laboral alguno con EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, prestará sus servicios profesionales como: MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL, mediante Contrato de Prestación de Servicios, que desarrollará con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el contrato, dejando de presente que las actividades se Desarrollarán en el Hospital Militar Central. Por su parte, el HOSPITAL MILITAR CENTRAL pagará AL CONTRATISTA, una contraprestación a título de Honorarios. | SE CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCION CONTRAA CTUAL |

|                                       |                                                                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS:</b> | <b>VERIFICACIÓN:</b> EL CONTRATISTA CUM PLIO CON LOS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL CONTRATO |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| <b>OTRAS OBLIGACIONES</b> | <b>VERIFICACIÓN</b> |
| N/A                       | N/A                 |

### 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 la certificación de pago de aportes de Seguridad Social y parafiscales con fecha 25/06/2026.

| FECHA      | VALOR TOTAL | SALUD       | PENSION     |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 12-12-2025 | \$2.142.800 | \$828.700   | \$1.152.600 |
| 3-02-2026  | \$2.926.300 | \$1.145.300 | \$2.557.800 |
| 12-03-2026 | \$1.988.400 | \$803.400   | \$1.028.300 |
| 15-04-2026 | \$2.926.300 | \$1.145.300 | \$1.557.800 |
| 19-05-2026 | \$2.308.000 | \$903.300   | \$1.228.600 |
| 17-06-2026 | \$2.735.300 | \$1.070.600 | \$1.456.000 |
| 26-06-2026 | \$2.254.900 | \$1.000.000 | \$1.360.000 |

### 7. POLIZAS

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

|         |                                   |         |                     |         |    |
|---------|-----------------------------------|---------|---------------------|---------|----|
| FORMATO | ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN | CÓDIGO  | GA-GECO-MN-01-FT-04 | VERSION | 05 |
|         |                                   | Página: |                     | 4 de 3  |    |

### DATOS REQUERIDOS

| N° DE POLIZA | AMPARO                                                     | VIGENCIA |       |
|--------------|------------------------------------------------------------|----------|-------|
|              |                                                            | INICIO   | FINAL |
|              | CALIDAD DEL SERVICIO                                       |          |       |
|              | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                  |          |       |
|              | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES |          |       |
|              | CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES            |          |       |

**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

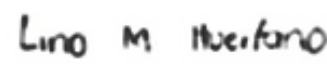
El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

| 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

Al dar por terminado la vinculación bilateral del contrato SP-SSAA-1338-2025 de prestación de servicios con la funcionaria se solicita la liberación de presupuesto de este contrato por valor de \$12.804.000.

| Para constancia se firma en Bogotá, 30 de junio 2026 |                                                                                                                    |                            |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EI SUPERVISOR                                        |                                                                                                                    | EI CONTRATISTA             |                                                                                                                      |
| Nombre                                               | <br>Diana Carolina Moreno Reyes | Nombre Representante Legal | <br>LINA MARCELA HUERFANO MUAJE |
| Cargo                                                | Supervisor                                                                                                         | Identificación             | 52445653                                                                                                             |