

|                                                                                   |                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL<br/>DIRECCION DE SANIDAD NAVAL</b> |                          |
|                                                                                   | <b>GESTION CONTRACTUAL</b>                            |                          |
|                                                                                   | <b>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL</b>          |                          |
|                                                                                   | <b>Versión: 3.0</b>                                   | <b>Fecha :25-06-2013</b> |

Acta N° 006 Correspondiente al mes julio de 2026

| DIRECCION DE SANIDAD NAVAL    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha                         | 31 JULIO 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Contrato, Orden o convenio N° | 072-ARC-DISAN-DMBOG-2026                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Contratista                   | HECTOR RICARDO VELASCO RAMOS                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Identificación (Cedula o Nit) | 9103682 DE BOGOTA                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Objeto                        | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA                                                                                                 |
| Valor Total del Contrato      | TREINTA MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$30.600.000,00 M/CTE) MÁS ADICIÓN POR VALOR DE CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.800.000,00 M/CTE), TOTAL DE CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$45.400.000,00 M/CTE). |
| Plazo de Ejecución            | UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO HASTA EL 31 DE JULIO DEL 2026 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO QUE SUCEDA PRIMERO                                                                                                                               |
| Forma y Condiciones de Pago   | Forma de pago mensual de acuerdo a cláusula cuarta del contrato 072-ARC-DISAN-DMBOG-2026.                                                                                                                                                                                                      |
| Número de la factura          | NFEV-6                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Valor de la Factura           | \$8.755.000                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Saldo del contrato            | \$10.000.00 99,98%EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| No CDP                        | 9726 24/01/26 - 01/04/26                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| No RP                         | 9426 24/01/26 - 08/04/26                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| CARACTERISTICAS DEL BIEN RECIBIDO              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |                 |       |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------------|-------|
| ITEM                                           | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CANTIDAD | MARCA | ORDEN PEDIDO N° | VALOR |
|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |                 |       |
| ESM                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |                 |       |
| Observaciones                                  | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. _____, manifiesta que el contratista _____, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra.                                                                                                                                                                                   |          |       |                 |       |
| CARACTERISTICAS DE LA OBRA O SERVICIO RECIBIDO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |                 |       |
| Descripción                                    | Prestación de servicios como Médico Internista en el servicio de consulta externa, en el DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA y sus satélites, factura electrónica NFEV-6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |       |                 |       |
| Observaciones                                  | Con fundamento en lo anterior, el suscrito supervisor del contrato No. 072-ARC-DISAN-DMBOG-2026, manifiesta que el contratista HECTOR RICARDO VELASCO RAMOS, cumplió con las obligaciones adquiridas y derivadas del contrato, y dentro del término otorgado para tal fin, por lo cual me permito declarar que no hay lugar a la aplicación de multas, indemnizaciones o intereses en su contra. Total de horas laboradas por el contratista durante el mes de julio 2026 fueron 103 Horas cumpliendo al 100%. Me permito solicitar a la |          |       |                 |       |

|                                                                                   |                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL<br/>DIRECCION DE SANIDAD NAVAL</b> |                          |
|                                                                                   | <b>GESTION CONTRACTUAL</b>                            |                          |
|                                                                                   | <b>ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN PARCIAL</b>          |                          |
|                                                                                   | <b>Versión: 3.0</b>                                   | <b>Fecha :25-06-2013</b> |

|                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Subdirección Administrativa y financiera la reducción del saldo del contrato por la valor de \$10.000.00, teniendo en cuenta el plazo de ejecución contractual. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Certificado de Cumplimiento Aportes Parafiscales firmado por el Representante Legal o Revisor Fiscal de fecha junio y julio 2026.**

*Luz Estella Rico Galvis*  
**CF LUZ ESTELLA RICO GALVIS**  
**CC.37751275**

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>                       |                          |                      |
|                                                                                   | <b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>                                                |                          |                      |
|                                                                                   | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN</b> |                          |                      |
|                                                                                   | <b>Versión 2.0</b>                                                                | <b>Fecha: 20/03/2023</b> | <b>Página 1 de 3</b> |

| DATOS DEL INFORME                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Fecha de Presentación:</b><br>31 DE JULIO 2026                                                                                                                                                                             | <b>Nombre del Contratista:</b><br>HECTOR RICARDO VELASCO RAMOS                                                                               |                                       | <b>No. Contrato:</b><br>072-ARC-DISAN-DMBOG-2026 |
| <b>Periodo del informe:</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Desde el :</b> 01 JULIO 2026                                                                                                              | <b>Hasta el:</b> 31 JULIO 2026        |                                                  |
| <b>Objeto del contrato:</b> "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ CON TOTAL AUTONOMÍA ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y FINANCIERA". |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
| INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
| <b>Fecha de suscripción</b>                                                                                                                                                                                                   | 29 DE ENERO 2026                                                                                                                             |                                       |                                                  |
| <b>Fecha de Iniciación- Inicio</b>                                                                                                                                                                                            | 02 FEBRERO 2026                                                                                                                              |                                       |                                                  |
| <b>Plazo del contrato</b>                                                                                                                                                                                                     | (6) SEIS MESES                                                                                                                               |                                       |                                                  |
| <b>Fecha de Terminación</b>                                                                                                                                                                                                   | 31 Julio de 2026 o hasta agotar presupuesto, lo que suceda primero.                                                                          |                                       |                                                  |
| <b>Fecha de terminación final (incluir prórrogas)</b>                                                                                                                                                                         | 31 Julio de 2026 o hasta agotar presupuesto, lo que suceda primero.                                                                          |                                       |                                                  |
| <b>Valor Inicial del contrato</b>                                                                                                                                                                                             | TREINTA MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$30.600.000,00 M/CTE).                                                             |                                       |                                                  |
| <b>No. CDP y FECHA:</b> 9726 24/01/26                                                                                                                                                                                         | <b>VALOR:</b> \$ 30.600.000                                                                                                                  | <b>No. CRP y FECHA:</b> 9426 29/01/26 | <b>VALOR:</b> 30.600.000                         |
| <b>Valor total del contrato (incluido valor adición)</b>                                                                                                                                                                      | CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$45.400.000,00 M/CTE).                                                  |                                       |                                                  |
| <b>No. CDP 9726 01/04/26</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>VALOR:</b> \$14.800.000.00                                                                                                                | <b>No. CRP y FECHA:</b> 9426 08/04/26 | <b>VALOR:</b> \$14.800.000.00                    |
| <b>GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                     | <b>No. de Póliza 11-03-101028299</b><br><b>Anexo No. N/A</b>                                                                                 |                                       | <b>Aseguradora:</b> SEGUROS DEL ESTADO           |
|                                                                                                                                                                                                                               | <b>AMPAROS</b>                                                                                                                               | <b>VIGENCIA</b>                       | <b>VALOR ASEGURADO</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                               | RESPONSABILIDAD CIVIL                                                                                                                        | 29/01/2026 30/11/2026                 | \$350.181.000,00                                 |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
| <b>GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)</b>                                                                                                                           | <b>No. de Póliza</b><br><b>Anexo No. 0</b>                                                                                                   |                                       | <b>Aseguradora:</b>                              |
|                                                                                                                                                                                                                               | <b>AMPAROS</b>                                                                                                                               | <b>VIGENCIA</b>                       | <b>VALOR ASEGURADO</b>                           |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              |                                       |                                                  |
| <b>MODIFICATORIOS DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                            | MODIFICATORIO No. 001 DE FECHA 8/04/26 ADICIONAR EL VALOR DE CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.800.000,00 M/CTE) |                                       |                                                  |
| <b>TERMINACIÓN ANTICIPADA:</b>                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                          |                                       |                                                  |
| <b>ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                         | <b>Valor total del contrato (Incluida adiciones)</b>                                                                                         | \$ 45.400.000,00                      |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                               | <b>Valor total tramitado para pago</b>                                                                                                       | \$ 45.390.000,00                      |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                               | <b>Saldo del contrato</b>                                                                                                                    | \$ 10.000,00                          |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                               | <b>Porcentaje de Ejecución:</b>                                                                                                              | 99.98%                                |                                                  |



REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

|                                                                                   |                                                                                   |                          |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>                       |                          |                      |
|                                                                                   | <b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>                                                |                          |                      |
|                                                                                   | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN</b> |                          |                      |
|                                                                                   | <b>Versión 2.0</b>                                                                | <b>Fecha: 20/03/2023</b> | <b>Página 2 de 3</b> |

| APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |           |               |               |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>No. de Planilla de Salud:</b><br><b>6023958252 - 6027905171</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Entidad: SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD</b><br><b>Fecha de pago: 10/07/2026 - 24/07/2026</b><br><b>Valor: 437.800</b> |           |               |               |                                                                                          |
| <b>No. de Planilla de Pensión:</b><br><b>6023958252 - 6027905171</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Entidad: PORVENIR</b><br><b>Fecha de pago: 10/07/2026 - 24/07/2026</b><br><b>Valor: 560.400</b>                           |           |               |               |                                                                                          |
| <b>No. de Planilla de Riesgos Profesionales:</b><br><b>6023958252 - 6027905171</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Entidad: COLPATRIA</b><br><b>Fecha de pago: 10/07/2026 - 24/07/2026</b><br><b>Valor: 85.400</b>                           |           |               |               |                                                                                          |
| CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |           |               |               |                                                                                          |
| No.                                                                                | DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN<br>(Registrar cada una de las obligaciones específicas contratadas)                                                                                                                                                                         | DEFICIENTE                                                                                                                   | A MEJORAR | SATISFACTORIO | SOBRESALIENTE | OBSERVACIONES<br>(Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad) |
| 1.                                                                                 | Realizar la consulta de MEDICINA INTERNA en forma oportuna y eficaz                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 2.                                                                                 | Realizar los conceptos médicos de la especialidad.                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 3.                                                                                 | Efectuar la consulta relacionada con los diferentes programas de salud Pública y patologías infecciosas tropicales                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 4.                                                                                 | Efectuar adecuadamente las remisiones a los diferentes servicios del HOMIC cuando el paciente lo amerite..                                                                                                                                                               |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 5.                                                                                 | Diligenciar adecuadamente la historia clínica y descripciones de procedimientos                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 6.                                                                                 | Velar por el cuidado y la respuesta terapéutica de los pacientes.                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 7.                                                                                 | Orientar a la Subdirección Asistencial sobre el manejo y las necesidades de los pacientes                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 8.                                                                                 | Velar por el adecuado manejo de recursos institucionales sin perjudicar la atención de los usuarios.                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 9.                                                                                 | Realizar en forma oportuna y eficaz los Comités Técnico Científicos en forma adecuada y cumpliendo con las directrices de la institución en cuanto a la formulación de medicamentos.                                                                                     |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 10.                                                                                | Apoyar con actualización de guías de manejo                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 11.                                                                                | Realizar las actividades y procedimientos CONSULTA de carácter asistencial y/o administrativos inherentes y derivados del desarrollo de la prestación de servicios como MEDICO INTERNISTA para el DMBOG acuerdo a programación realizada por el supervisor del contrato. |                                                                                                                              |           | x             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| 12.                                                                                | El contratista se compromete a presentar durante la ejecución del contrato el estudio de seguridad (con concepto favorable), en caso de tener concepto negativo se podrá terminar el contrato unilateralmente de manera inmediata.                                       |                                                                                                                              |           | X             |               | El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual                                 |
| CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |           |               |               |                                                                                          |



|                                                                                   |                                                                                       |                          |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL<br/>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>                                 |                          |                      |
|                                                                                   | <b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>                                                    |                          |                      |
|                                                                                   | <b>INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS<br/>Y APOYO A LA GESTIÓN</b> |                          |                      |
|                                                                                   | <b>Versión 2.0</b>                                                                    | <b>Fecha: 20/03/2023</b> | <b>Página 3 de 3</b> |

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |               |                 |               |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>                             | Las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato.                                                                                           |                                                                                                    |               |                 |               |
|                                                                  | Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de ley con los aportes a la seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan comprobantes de pago de salud, pensión y ARL. |                                                                                                    |               |                 |               |
| <b>AUTORIZACIÓN PAGO</b>                                         | <b>PERIODO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>DESDE EL</b>                                                                                    | 01 JULIO 2026 | <b>HASTA EL</b> | 31 JULIO 2026 |
|                                                                  | <b>VALOR A PAGAR ESTE PERIODO</b> (Valor en Letras)                                                                                                                                                                     | OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE                             |               |                 |               |
|                                                                  | <b>VALOR A PAGAR ESTE PERIODO</b> (Valor en números)                                                                                                                                                                    | \$8.755.000,00                                                                                     |               |                 |               |
| <b>SUPERVISOR – DEPENDENCIA</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                         | <br><b>FIRMA</b> |               |                 |               |
| <b>NOMBRE: CF LUZ ESTELLA RICO GALVIS</b>                        |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |               |                 |               |
| <b>CARGO: SUPERVISAORA CONTRATO No. 072-ARC-DISAN-DMBOG-2026</b> |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |               |                 |               |
|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |               |                 |               |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DOCUMENTOS SOPORTES</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitud de pago.</li> <li>2. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).</li> <li>3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.</li> <li>4. Acta satisfacción parcial.</li> <li>5. Factura Electrónica</li> <li>6. Evaluación del contratista</li> </ol> |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                   |                                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
|  | <b>ARMADA NACIONAL</b>            |                          |
|                                                                                   | <b>DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b> |                          |
|                                                                                   | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>        |                          |
|                                                                                   | <b>EVALUACIÓN DE CONTRATISTAS</b> |                          |
|                                                                                   | <b>Versión: 2.0</b>               | <b>Fecha: 11-03-2013</b> |

|                                                |            |        |             |
|------------------------------------------------|------------|--------|-------------|
| <b>FECHA DILIGENCIAMIENTO DE LA EVALUACIÓN</b> | 31/07/2026 | CIUDAD | BOGOTÀ D.C. |
|------------------------------------------------|------------|--------|-------------|

|                              |  |
|------------------------------|--|
| RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA |  |
| NIT N°                       |  |

|                                        |                              |
|----------------------------------------|------------------------------|
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA | HECTOR RICARDO VELASCO RAMOS |
| CC N°                                  | 9103682 DE BOGOTA            |
| TELÉFONO                               | 3013641679                   |

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA | 072-ARC-DISAN-DMBOG-2026   |
| CLASE DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |
| VALOR DEL CONTRATO          | \$45.400.000,00            |
| SUPERVISOR                  | CF LUZ ESTELLA RICO GALVIS |

MARQUE CON (X) SI O NO, ASÍ:

|    |                                                   |
|----|---------------------------------------------------|
| SI | Cumplió cabalmente con lo descrito en el contrato |
| NO | Incumplió con el objeto del contrato              |

|     |                                                                                                          |                                     |    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|
| I   | RECIBO DE BIENES Y/O SERVICIOS EN EL TIEMPO ESTIPULADO                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| II  | CUMPLIMIENTO CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL OBJETO DEL CONTRATO                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| III | CUMPLIMIENTO CON EL PLAZO DE EJECUCIÓN                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| IV  | CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS EN EL LUGAR ESTABLECIDO                           | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| V   | CUMPLIMIENTO CON LA ENTREGA A TIEMPO DE CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| VI  | SOLUCIÓN OPORTUNA FRENTE A LAS NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO                   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES, INQUIETUDES O SUGERENCIAS GENERALES |
| GRACIAS POR SU COLABORACIÓN                        |

Luz Estella Rico Galvis  
NOMBRE SUPERVISOR DE CONTRATO