DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**SP-SUMD-0726-2025**
	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	POLOCHE TIQUE YULY MARCELA							
Identificación (CC – Nit)	1005728500							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**SMSM Karen Cecilia Vergara Castellón**						
	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	10/15/2025
Iniciación	01/11/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	NOVIEMBRE	01/11/2025	31/07/2026
Prórroga			
PLAZO TOTAL	NOVIEMBRE	01/11/2025	31/07/2026
PLAZO TOTAL EJECUTADO	NOVIEMBRE	01/11/2025	31/07/2026

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$23.797.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$23.797.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2025	$2.508.000,00
		Diciembre 2025	$2.508.000,00
		Enero 2026	$2.683.000,00
		Febrero 2026	$2.683.000,00
		Marzo 2026	$2.683.000,00
		Abril 2026	$2.683.000,00
		Mayo 2026	$2.683.000,00
		Junio 2026	$2.683.000,00
		Julio 2026	$2.683.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$23.797.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0,00
SALDO A LIBERAR	$ 0,00
TOTAL	$23.797.000,00

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 AUXILIAR DE ENFERMERIA 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
CONTRATSTA SOLICITA TERMINACION ANTICIPADA DE LA EJECUCION CONTRACTUAL, HASTA LA FECHA DE EJECUCION PRESTA EL SERVICIO, SE REALIZA INFORME DE SUPERVISION	MEDIANTE **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SERCTOR DEFENSA –HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL SERVICIO ASIGNADO.**

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

7. 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).

DATOS REQUERIDOS

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
05/12/2025	$470.100	$178.000	$227.800
06/01/2026	$469.600	$178.200	$227.800
06/02/2026	$578.200	$218.900	$280.200
04/03/2026	$577.500	$218.900	$280.200
07/04/2026	$577.500	$218.900	$280.200
06/05/2026	$577.600	$218.900	$280.200
09/06/2026	$580.100	$218.900	$280.200
07/07/2026	$579.300	$218.900	$280.200

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.

10. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Se firma acta de finalización por ejecución contractual el día 31/07/2026

EL SUPERVISOR		EL CONTRATISTA	
Nombre	SMSM Karen Cecilia Vergara Castellon 5523578 U. Metropolitana	**Nombre Representante Legal**	POLOCHE TIQUE YULY MARCELA Yuly Poloche
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1005728500