DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**	**SP-GECO-0401-2025**	**No.**	**SP-SSAA-1059-2025**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNICO DE FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**CAROL IVETTE VARGAS CELIS**							
Identificación (CC – Nit)	1018475951							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	MARIA ELENA VILLALOBOS						
	Cargo	JEFE UNIDAD DE FARMACIA						

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	23/10/2025
Iniciación	01/11/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A
Terminación	31/07/2026

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	9 meses	01/11/2025	31/07/2026
Prórroga	N/A		
PLAZO TOTAL	9 meses	01/11/2025	31/07/2026
PLAZO TOTAL EJECUTADO	5 meses y 2 días	01/11/2025	02/04/2026

DATOS REQUERIDOS

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.686.000
VALOR ADICION	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.686.000

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	FECHA	VALOR
001	Noviembre 2025	$2.707.000
002	Diciembre 2025	$2.707.000
003	Enero 2026	$2.896.000
004	Febrero 2026	$2.896.000
005	Marzo 2026	$2.896.000
006	Abril 2026	$193.067

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$25.686.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$14.295.067
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$11.390.933

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 TECNICO DE FARMACIA PARA LA UNIDAD DE FARMACIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento al objeto contractual
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
N/A	N/A

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

DATOS REQUERIDOS

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).

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
04/11/2025	$440.500	$178.000	$227.800
02/12/2025	$440.500	$178.000	$227.800
26/12/2025	$440.500	$178.000	$227.800
04/02/2026	$541.800	$218.900	$280.200
03/03/206	$541.800	$218.900	$280.200
01/04/2026	$541.800	$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	

DATOS REQUERIDOS					
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

El contratista dentro del plazo de ejecución dio cumplimiento a las obligaciones contractuales

Para constancia se firma en Bogotá, a los dos (2) días del mes de (abril) de (2026)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	María Elena Villalobos	**Nombre Representante Legal**	Carol CAROL VARGAS CC: 1018475951 Ivette Vargas Celis
Cargo	Jefe Unidad Farmacia	**Identificación**	1.018.475.951