DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**1105-2025**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA EL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL.**							
Contratista	KATHERINE PARRA RIVERA							
Identificación (CC – Nit)	1.023.686.118							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	XILENA FAIZULY BETANCUR ORTIZ						
	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	01/12/2025
Iniciación	11/12/2025
Cesión	31/07/2026
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	8 MESES	11/12/2025	31/07/2026
Prórroga			
PLAZO TOTAL	8 MESES	11/12/2025	31/07/2026
PLAZO TOTAL EJECUTADO	5 MESES	11/12/2025	06/05/2026

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 42.998.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$ 21.008.000
VALOR TOTAL	$ 21.990.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
NOVIEMBRE 2025			$ 4.531.000
DICIEMBRE 2025			$ 4.531.000
ENERO 2026			$ 4.848.000
FEBRERO 2026			$ 4.848.000
MARZO 2026			$ 3.232.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 21.990.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 21.008.000

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.

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
Prestación de servicios profesionales como terapeuta respiratorio para el servicio de terapia respiratoria de la entidad descentralizada del sector defensa - hospital militar central	Durante la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Actividades pactadas en el contrato	Durante la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de la realización de procedimientos y diligenciamiento en el SECOP

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
6/04/2026	$ 600.000	$ 242.000	$ 310.000

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			

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los 31 días del mes de JULIO de 2026			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	SMSM XILENA FAIZULY BETANCUR	**Nombre Representante Legal**	KATHERINE PARRA RIVERA
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	1.023.686.118