Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0845/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0845/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

RINCON MESA YULIANA ALEJANDRA
Cédula de Ciudadanía 1002558980
Contrato No **0845/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.848.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0845/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	RINCON MESA YULIANA ALEJANDRA							
Identificación (CC – Nit)	1002558980							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/24/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.718.600,00
		Diciembre 2023	$1.850.800,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$5.750.400,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$396.600,00

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
09/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor María Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	RINCON MESA YULIANA ALEJANDRA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1002558980

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0908/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0908/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Julian Alejandro Chaves Carranza

CHAVES CARRANZA JULIAN ALEJANDRO
Cédula de Ciudadanía 1003565885
Contrato No **0908/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0908/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	CHAVES CARRANZA JULIAN ALEJANDRO							
Identificación (CC – Nit)	1003565885							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/26/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
05/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	CHAVES CARRANZA JULIAN ALEJANDRO
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1003565885

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0609/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0609/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

CIFUENTES RINCON DANIEL CAMILO
Cédula de Ciudadanía 1016054822
Contrato No **0609/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.[illegible]8.181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0609/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	CIFUENTES RINCON DANIEL CAMILO							
Identificación (CC – Nit)	1016054822							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/22/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.850.800,00
		Diciembre 2023	$1.916.900,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$5.948.700,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$198.300,00

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
03/01/2024	$382.100,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	CIFUENTES RINCON DANIEL CAMILO
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1016054822

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermeria
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0574/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0574/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

ANZOLA MERCHAN DIANA CECILIA
Cédula de Ciudadanía 1022963160
Contrato No **0574/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 52.[illegible].181

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0574/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	ANZOLA MERCHAN DIANA CECILIA							
Identificación (CC – Nit)	1022963160							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/22/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
02/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	ANZOLA MERCHAN DIANA CECILIA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1022963160

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0859/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0859/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37948184

SANCHEZ GUARDO LAURENTH MARGARITA
Cédula de Ciudadanía 1082950173
Contrato No **0859/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0859/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	SANCHEZ GUARDO LAURENTH MARGARITA							
Identificación (CC – Nit)	1082950173							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/25/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
27/12/2023	$358.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **María Claudia Gómez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	SANCHEZ GUARDO LAURENTH MARGARITA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1082950173

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 1140/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **1140/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Diego Ocampo.

OCAMPO ALBARRACIN DIEGO HERNANDO
Cédula de Ciudadanía 1000801676
Contrato No **1140/2023**

Maria Claudia Gomez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

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
02/01/2024	358.900	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas** Enfermera Jefe C.C. 37.948.181	**Nombre Representante Legal**	Ocampo Albarracin Diego Hernando
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000801676

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	1140/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Ocampo Albarracin Diego Hernando							
Identificación (CC – Nit)	1000801676							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.983.000
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.147.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 0

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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).

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 1008/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. 1008/2023 suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Paula Paez

PAEZ GUZMAN PAULA YISED
Cédula de Ciudadanía 1000323453
Contrato No 1008/2023

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.187

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	1008/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	PAEZ GUZMAN PAULA YISED							
Identificación (CC – Nit)	1000323453							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/28/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.108.300,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.074.300,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$72.700,00

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
		145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor María Claudia Gomez Zerdas María Claudia Gómez Zerdas Enfermera Jefe C.C. 37.[illegible]	**Nombre Representante Legal**	PAEZ GUZMAN PAULA YISED Paula Paez
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1000323453

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 1142/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **1142/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

RODRIGUEZ GALVIS MIGUEL ANGEL
Cédula de Ciudadanía 1001343902
Contrato No **1142/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	1142/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Rodriguez Galvis Miguel Angel							
Identificación (CC – Nit)	1001343902							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	28/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.983.000
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.147.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 0

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
04/12/2023	358.900	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

EI SUPERVISOR		EI CONTRATISTA	
Nombre	Mayor María Claudia Gómez Zerdas Enfermera Jefe C.C. 37.[illegible]81	**Nombre Representante Legal**	Rodriguez Galvis Miguel Angel
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermería Supervisora Contrato	**Identificación**	1001343902

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0700/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0700/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Nury Hernandez
HERNANDEZ CASTRO NURY ANDREA
Cédula de Ciudadanía 1010016431
Contrato No **0700/2023**

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 39.[illegible]781

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0700/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	Hernandez Castro Nury							
Identificación (CC – Nit)	1010016431							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	23/10/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 25.776.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 25.776.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$ 1.983.000
		Diciembre 2023	$ 1.850.800
		Enero 2024	$ 2.181.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.014.800
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$ 19.629.000
SALDO LIBERADO	$ 132.200

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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
03/01/2024	382.100	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	Hernandez Castro Nury Nury Hernandez
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1010016431

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0933/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0933/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

Natalia Matiz.

MATIZ CABALLERO YURY NATALIA
Cédula de Ciudadanía 1000127309
Contrato No **0933/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0933/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	MATIZ CABALLERO YURY NATALIA							
Identificación (CC – Nit)	1000127309							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/23/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
04/01/2024	$358.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**	**Nombre Representante Legal**	MATIZ CABALLERO YURY NATALIA Natalia Matiz.
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1000127309

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

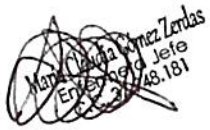
Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0846/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0846/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

RINCON MURCIA ANA CAROLINA
Cédula de Ciudadanía 52527307
Contrato No **0846/2023**



DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0846/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	RINCON MURCIA ANA CAROLINA							
Identificación (CC – Nit)	52527307							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/24/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
		145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	RINCON MURCIA ANA CAROLINA
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	52527307

Bogotá, D.C 30/01/2024

Mayor **Maria Claudia Gomez Zerdas**
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Servicio de Enfermería
Supervisora Contrato

Asunto: Solicitud Terminación Bilateral Contrato N° 0581/2023

De manera atenta me dirijo a la Señora Jefe Servicio de Enfermería, con el fin de solicitar muy respetuosamente me sea autorizada la **Terminación Bilateral** de las obligaciones contractuales del contrato No. **0581/2023** suscrito con el Hospital Militar Central, a partir 30/01/2024 por motivos de nombramiento.

De antemano agradezco la oportunidad brindada.

Atentamente,

María Claudia Gómez Zerdas
Enfermera Jefe
C.C. 37.948.181

Vanessa J. Barreto R.

BARRETO ROA VANESSA JULIETH
Cédula de Ciudadanía 1024598243
Contrato No **0581/2023**

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	0581/2023
	Tipo	Prestación de Servicios						
Objeto	Prestación de Servicios Auxiliar de Enfermería							
Contratista	BARRETO ROA VANESSA JULIETH							
Identificación (CC – Nit)	1024598243							
Representante Legal	N/A							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas						
	Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	10/22/2023
Iniciación	01/11/2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	Noviembre	01/11/2023	31/10/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.776.000,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.776.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Noviembre 2023	$1.983.000,00
		Diciembre 2023	$1.983.000,00
		Enero 2024	$2.181.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$6.147.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR	$19.629.000,00
SALDO LIBERADO	$,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 CENTARL	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
09/01/2024	$365.900,00	145.000	185.600

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de (ENERO de 2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Mayor Maria Claudia Gomez Zerdas	**Nombre Representante Legal**	BARRETO ROA VANESSA JULIETH
Cargo	Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Servicio de Enfermeria Supervisora Contrato	**Identificación**	1024598243