DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**391-2022**
	Tipo	Suministros						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOQUIRÚRGICOS (INSUMOS ESTERILIZACIÓN BAJA TEMPERATURA, DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS COLOMBIA SAS							
Identificación C.C	901239290							
Representante Legal	Yaneth Muñoz Benavides							
Supervisora	**Nombre**	Luz María Toloza González						
	Cargo	Supervisora						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	26/12/2022
Iniciación	30/12/2022
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	30/12/2022	26/12/2022	30/04/2023
Prórroga	N/A		
PLAZO TOTAL	Cuatro meses		
PLAZO TOTAL EJECUTADO	Cuatro meses		

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 60.000.000
VALOR ADICIÓN	$ 30.000.000
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 90.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
11247	ZD000000003913	10/01/2023 12:00 a. m.	$ 46.300.500
11249	ZD000000003914	10/01/2023 12:00 a. m.	$ 13.558.860
11644	ZD000000004226	22/02/2023 12:00 a. m.	$ 29.877.721
11773	ZD000000004348	10/03/2023 12:00 a. m.	$ 194.974,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 89.932.055
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 67.945,00

La supervisora:

- 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
SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOQUIRÚRGICOS (INSUMOS ESTERILIZACIÓN BAJA TEMPERATURA, DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	

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.

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION

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 deberá estar vigente la seguridad social

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
21-44-101402980-1	Seguros del Estado	30/12/2022	30/10/2023

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 supervisora interventora					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.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los () días del mes de () de ()			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Luz María Toloza González	**Nombre Representante Legal**	Yaneth Muñoz Benavides
Cargo	Supervisor del contrato	**Identificación**	52109779
Firma		**Firma**	