DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	x	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**296-2023**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y ACCESORIOS PARA COLOCACIÓN DE PROTESIS VASCULARES) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	NEFROMEDICAS SAS							
Identificación (CC – Nit)	860059124							
Representante Legal	CESAR HUMBERTO CAMPOS LANDAZABAL							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Luz María Toloza González						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	21/06/2023
Iniciación	26/06/2023
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	6 meses	26/06/2023	15/12/2023
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	6 meses	26/06/2023	15/12/2023

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$43.806.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$43.806.000

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
NF2260	ZD000000006047	7/07/2023	$ 13.887.929,00
NF2280	ZD000000006460	26/07/2023	$ 9.488.505,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$23.376.434
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$20.429.566

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.

5. 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 MÉDICO-QUIRÚRGICOS (CIRUGÌA CARDIOVASCULAR Y ACCESORIOS PARA COLOCACIÒN DE PROTESIS VASCULARES) REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	SE CUMPLIO CON OBJETO CONTRACTUAL

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Por medio de los informes de supervisión y control de los ingresos

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
	N/A

6. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

DATOS REQUERIDOS

(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
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

7. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
3668968-2	POLIZA DE CUMPLIMIENTO	23-06-2023	15-06-2024

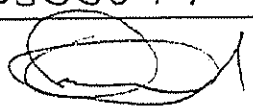
Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.

Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

8. 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.

DATOS REQUERIDOS			
9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES			
Se envía acta final para firma de representante legal el día 22/02/2024			
Para constancia se firma en Bogotá, a los (15) días del mes de (12) de (2023)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	SMSM. **Luz María Toloza González**	**Nombre Representante Legal**	CESAR H. CAMPOS L
Identificación	39.648.310	**Identificación**	C.C. 5555547
FIRMA