DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**328-2023**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (DISPOSITIVOS E INSUMOS PARA MANEJO DE INFECCIONES (INTRACAVIDAD Y HERIDAS) REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	INNOVACIONES MEDICAS SAS							
Identificación (CC – Nit)	830504243-8							
Representante Legal	GIOVANNA ESPELETA RAMOS							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	5/07/2023
Iniciación	10/07/2023
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	5 meses	10/07/2023	15/11/2023
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	5 meses	10/07/2023	15/11/2023

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$273.788.000,00
VALOR ADICIÓN	
VALOR REDUCCIONES	$136.894.000
VALOR TOTAL	$136.894.000

DATOS REQUERIDOS

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DEN PAGO	FECHA	VALOR
IM798	ZD000000007811	12/10/2023	$26.170.572

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$26.170.572
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$110.723.428

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 (DISPOSITIVOS E INSUMOS PARA MANEJO DE INFECCIONES (INTRACAVIDAD Y HERIDAS) REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.	Se cumplió con el 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

(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.

DATOS REQUERIDOS

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
3680018-1	POLIZA DE CUMPLIMIENTO.	05/07/2023	15/11/2024
3680018-1	CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS	05/07/2023	15/11/2024

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.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los (15) días del mes de (11) de (2023)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	SMSM. **Luz María Toloza González**	**Nombre Representante Legal**	GIOVANNA ESPELETA RAMOS
Identificación	39.648.310	**Identificación**	55.622.573 de Bogotá
FIRMA			Escriba el texto aquí 