DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**067-2023**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	INTERCOMERCIAL MEDICA							
Identificación (CC – Nit)	830501223							
Representante Legal	LELYS MIREYA MORALES RODRIGUEZ							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Luz María Toloza González						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	24/02/2023
Iniciación	01/03/2023
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	8 meses	01/03/2023	15/11/2023
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	8 meses	01/03/2023	15/11/2023

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$126.078.125
VALOR ADICIÓN	$ 0
VALOR REDUCCIONES	$ 0
VALOR TOTAL	$126.078.125

DATOS REQUERIDOS

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
FE63539	ZD000000004761	28/04/2023	$ 859.740,00
FE63668	ZD000000004936	12/05/2023	$ 4.678.330,00
FE63678	ZD000000004939	12/05/2023	$ 682.700,00
FE63937	ZD000000005425	5/06/2023	$ 5.209.668,00
FE63956	ZD000000005504	8/06/2023	$ 16.270.632,00
FE64748	ZD000000006675	11/08/2023	$ 2.455.390,00
FE65243	ZD000000007335	19/09/2023	$ 6.091.848,00
FE65273	ZD000000007413	21/09/2023	$ 16.787.492,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$53.035.800
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$73.042.325

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 REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA DE LOS SERVICIOS 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**
Entrega oportuna de los suministros	Retrasos en las entregas de los insumos requeridos, nos e cumplían con las fechas programadas para las entregas.
OTRAS OBLIGACIONES	**VERIFICACIÓN**
Comunicación con el proveedor	Se dificultó la comunicación con el proveedor en los momentos que se requirió en el tema relacionado con las dificultades con la entrega de los insumos.

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
45-44-101145829	POLIZA DE CUMPLIMIENTO	24-02-2023	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**	**LELYS MIREYA MORALES RODRIGUEZ**
Identificación	39.648.310	**Identificación**	**51.764.950**
FIRMA			