DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**063-2023**
	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	Prótesis Ocular							
Identificación (CC – Nit)	52056976							
Representante Legal	Elizabeth Rincón Márquez							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Luz María Toloza González						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	23/02/2023
Iniciación	01/03/2023
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		**FECHAS**	
		Desde	**Hasta**
Inicial		01/03/2023	15/11/2023
Prórroga		15/11/2023	30/12/2023
PLAZO TOTAL		01/03/2023	30/12/2023
PLAZO TOTAL EJECUTADO			10 MESES

DATOS REQUERIDOS

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$22.815.625
VALOR ADICION	$6.500.000
VALOR TOTAL	$29.315.625

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE EGRESO No.	FECHA	VALOR
FE198	000000000442878	24/08/2023	$ 4.563.000,00
FE226	000000000446212	21/09/2023	$ 1.825.200,00
FE217	000000000452777	10/11/2023	$ 4.563.000,00
FE256	000000000463068	21/02/2024	$ 2.737.800,00
FE280	000000000463068	21/02/2024	$ 912.600,00
FE241	000000000463099	23/02/2024	$ 5.475.600,00
FE309	000000000468932	4/04/2024	$ 9.126.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	**$ 29.203.200**
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	**$112.425**

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
	Se cumplió con el objeto contractual
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
	El seguimiento se realiza mediante informes de supervisión mensual y elaboración informes pago facturas.
OTRAS OBLIGACIONES	**VERIFICACIÓN**

DATOS REQUERIDOS	
	Cargue en SECOP, SIIF y parafiscales.

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.

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.

8. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
18-44-101087190	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	23/02/2023	30/12/2024

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.

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(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

10.OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Aportar los parafiscales del mes de diciembre 2023 para la liquidación del contrato.

Dejando constancia que el contrato termino a los quince (30) días del mes de Diciembre (12) de 2023

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**SMSM. Luz María Toloza González**	**Nombre Representante Legal**	ELIZABETH RINCON MARQUEZ
Identificación	39.648.310	**Identificación**	52.056.976
			