DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**479**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**479-2023**
	Tipo	Menor cuantía						
Objeto	SUMINISTRO DE VALVULAS DE AHMED PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE GLAUCOMA, PROTESIS OCULARES, INSUMOS Y DISPOSITIVOS III, ANILLOS DE TENSIÓN CAPSULAR, LENTES INTRAOCULARES, REQUERIDOS PARA PROCEDIMIENTOS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. VIGENCIAS FUTURAS 2023-2024. LOTE 3 - INSUMOS Y DISPOSITIVOS III MEDICOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA.							
Contratista	OPIMED SAS							
Identificación (CC – Nit)	830.062.565-6							
Representante Legal	Doris Moreno de Espinosa							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Luis Alberto Ruiz Robles						
	Cargo	SSMM en Oftalmología						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	27 de diciembre 2023
Iniciación	29 de diciembre 2023
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	Tres meses	29 de diciembre 2023	31 de marzo 2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$1.300.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$1.300.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE-43584		1/02/2024	$1.170.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$1.170.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$130.000

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
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

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
dd/mm/aaaa			

DATOS REQUERIDOS

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
33-46-101054829	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES		

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.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los (14) días del mes de (marzo) de (2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre		**Nombre Representante Legal**	DORIS MORENO DE ESPINOSA
Cargo	SSMM de Oftalmología	**Identificación**	C.C. 32.411.851