DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	X	**Convenio**		**Orden**		**No.**	035-2024
	Tipo	SUMINISTRO						
Objeto	"SUMINISTRO DE ALOINJERTOS, BANCO DE HUESO PARA EL ÁREA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA Y OTRAS ESPECIALIDADES QUE REQUIEREN DEL INSUMO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS (MAXILOFACIAL, NEUROCIRUGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA PLASTICA) DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".							
Contratista	FUNDACION COSME Y DAMIAN							
Identificación (CC – Nit)	800053550-09							
Representante Legal	KLAUS WILLY MIETH ALVIAR							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA						
	Cargo	SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	11/03/2024
Iniciación	20/03/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	4 MESES - 10 DIAS	30/04/2024	30/08/2024
Prórroga 01			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$58.000.000.oo
VALOR ADICIÓN	$29.000.000.oo
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$87.000.000.oo

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	FECHA	VALOR
150604	08-Apr-24	$ 4.495.206
151181	21-may-24	$ 2.958.000
151241	24-may-24	$ 2.958.000
151242	24-may-24	$ 2.958.000
151261	27-may-24	$ 5.916.000
151487	13-jun-24	$ 8.874.000
151488	13-jun-24	$ 7.892.000
151681	26-jun-24	$ 5.916.000
151685	27-jun-24	$ 4.934.000
151750	28-jun-24	$ 2.958.000
152012	22-jul-24	$ 5.916.000
152080	26-jul-24	$ 5.916.000
152081	26-jul-24	$ 5.916.000
152109	29-jul-24	$ 5.916.000
152213	06-Aug-24	$ 2.958.000
152285	12-Aug-24	$ 2.958.000
152460	23-Aug-24	$ 2.958.000
152536	28-Aug-24	$ 2.958.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$85.355.206.oo
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$1.644.794.oo

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)

DATOS REQUERIDOS	
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			
dd/mm/aaaa			

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
NB-100314094	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO	20/03/2024	31/12/2024

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

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá,

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA	**Nombre Representante Legal**	
Cargo	SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR	**Identificación**	79156076