DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**077 de 2024**
	Tipo	CONTRATACION DIRECTA						
Objeto	ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LAS ÁREAS DE FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO QUE SE REQUIEREN PARA OPTIMIZAR PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN							
Contratista	BRASMEDICA COLOMBIA S.A							
Identificación (CC – Nit)	900.103.910-5							
Representante Legal	**Carolina Ulloa**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO						
	Cargo	JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	05/04/2024
Iniciación	23/04/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	3	23/04/2024	04/06/2024
Prórroga	0		
PLAZO TOTAL	3	23/04/2024	04/06/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3	23/04/2024	04/06/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$65.615.780
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$65.615.780

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE3211	1	28/06/2024	$65.615.721

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$65.615.721
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$59

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
ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA LAS ÁREAS DE FISIOTERAPIA PISO PÉLVICO QUE SE REQUIEREN PARA OPTIMIZAR PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN	INFORMES DE SUPERVISIÓN.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	FACTURA

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
	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.

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
22/08/2024	7.768.000	1.267.200	5.067.100

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
BCH-100034311	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO	22/04/2024	

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

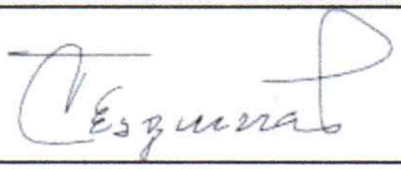
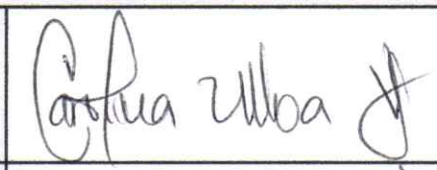
El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

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.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los 09 días del mes de julio de 2024

El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	CARMEN TERESA ESQUIVIA PAJARO	**Nombre Representante Legal**	Carolina Ulloa V.
Cargo	JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	**Identificación**	52816627.

DATOS REQUERIDOS