DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**220-2024**
	Tipo	COMPRAVENTA						
Objeto	ADQUISICIÓN, ADECUACIÓN E INSTALACIÓN DE SISTEMAS DE VENTILACIÓN PARA ÁREAS QUE REQUIERA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	YEFFERSON ANDRES ROMERO RODRIGUEZ - INGEQUIPOS							
Identificación (CC – Nit)	1.022.953.793							
Representante Legal	YEFFERSON ANDRES ROMERO RODRIGUEZ							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO						
	Cargo	OFICIAL EN COMISIÓN ADMINISTRATIVA PERMANENTE EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	04/07/2024
Iniciación	10/07/2024
Cesión	---
Suspensión	---
Reinicio	---

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	0.5 MESES	10/07/2024	30/07/2024
Prórroga 1	1 MES	31/07/2024	31/08/2024
Prórroga 2	2 MESES	01/09/2024	31/10/2024
PLAZO TOTAL	3.5 MESES	10/07/2024	31/10/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3.5 MESES	10/07/2024	31/10/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$24.822.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$24.822.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
SETG-29		16/10/2024	$24.822.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$24.822.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$0

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.

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, adecuación e instalación de sistemas de ventilación para áreas que requiera el hospital militar central	Se realizó la adquisición de los sistemas de ventilación, los cuales fueron instalados en los lugares requeridos.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Durante la ejecución del contrato, se entregaron los ventiladores y extractores de acuerdo con el anexo técnico. Los soportes se encuentran anexos en el informe de supervisión realizado.	Se realizó un acta de recibo de los trabajos realizados con verificación en el sitio. Adicionalmente al informe de supervisión se le incluyo el registro fotográfico de los equipos instalados.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

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
15/10/2024	$377.300	$162.500	$208.000

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

DATOS REQUERIDOS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022953793
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YEFFERSON ANDRES ROMERO RODRIGUEZ		ROMERO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 22 # 16 - 07 T 6 APTO	TELÉFONO:	6535788
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por menor en
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7940274065**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		982328456	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 377.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 377.300**

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
NB-100330641	CUMPLIMIENTO	03/07/2024	01/05/2025

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 31 días del mes de octubre de 2024			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Nombre Representante Legal**	YEFFERSON ANDRES ROMERO RODRIGUEZ
Cargo	RESPONSABLE DE EQUIPO INDUSTRIAL	**Identificación**	C.C. 1.022.953.793