DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	
	Tipo							
Objeto	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA, UCI PEDIÁTRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024". - (LAMPARAS CIALITICAS)							
Contratista	XIGMEDICAL SAS							
Identificación (CC – Nit)	900.315.100-6							
Representante Legal	CAMILO ANDRES CONTRERAS ARIZA							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA						
	Cargo	SUPERVISORA CONTRATO 158-2024						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	3/06/2024
Iniciación	4/06/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	4	4/06/2024	31/10/2024
Prórroga			
Prórroga			
PLAZO TOTAL		4/06/2024	31/10/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	4		

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$171.000.000
VALOR ADICION	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$171.000.000

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
XIN5752		10/09/24	$171.000.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	0
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.

5. 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, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA, UCI PEDIÁTRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024". - (LAMPARAS CIALITICAS)	SE VERIFICA INSTALACION DE LAMPARAS CIALITICAS
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA, UCI PEDIÁTRICA HOSPITALIZADOS, CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2024". - (LAMPARAS CIALITICAS)	SE VERIFICA INSTALACION DE LAMPARAS CIALITICAS

DATOS REQUERIDOS

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
	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
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.

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
11-44-101226803	CUMPLIMIENTO	29/05/2024	30/09/2027

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.

Nota 3: Se concluye que quedan a paz y salvo ambas partes por todo concepto

8. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas,

DATOS REQUERIDOS

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

SE CONCLUYE QUE QUEDAN A PAZ Y SALVO AMBAS PARTES POR TODO CONCEPTO

Para constancia se firma en Bogotá, a los (11) días del mes de (10) de (2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	DIANA PATRICIA PARRA VALENCIA	**Nombre Representante Legal**	Camilo Andres Contreras Ariza
Identificación	52279725	**Identificación**	80.093.775
FIRMA			Firmado digitalmente por CAMILO ANDRES CONTRERAS ARIZA Nombre de reconocimiento (DN): title=GERENTE, sn=CONTRERAS ARIZA, street=CR 71 D 48 A 54, st=BOGOT A D.C., ou=CONVENIOS - 1 AND - TOKEN VIRTUA, serialNumber=1975090, 1.3.6.1.4.1.23267.2.3=9003151006, 1.3.6.1.4.1.23267.2.2=80093775, 1.3.6.1.4.1.23267.2.1=293, o=KINGMEDICAL SAS, l=BOGOT A D.C., givenName=CAMILO, c=CO, cn=CAMILO ANDRES CONTRERAS ARIZA Fecha: 2024.10.11 11:39:54 -05'00'