DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**274-2024**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	INNOVACIONES MEDICAS SAS							
Identificación (CC – Nit)	830504243							
Representante Legal	**Giovanna Espeleta Ramos**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Luz María Toloza González**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	12/08/2024
Iniciación	15/08/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial		15/08/2024	31/10/2024
Prórroga			-
PLAZO TOTAL			-
PLAZO TOTAL EJECUTADO		15/08/2024	31/10/2024

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 39.078.127
VALOR ADICIÓN	0
VALOR REDUCCIONES	0
VALOR TOTAL	$ 39.078.127

DATOS REQUERIDOS

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR
IM1235	ZE000000013386	26/08/2024	$ 13.651.956
IM1257	ZE000000013692	9/09/2024	$ 4.533.336
IM1274	ZE000000014001	18/09/2024	$ 9.350.004
IM1298	ZE000000014295	3/10/2024	$ 11.243.622

VALOR EJECUTADO	$ 38.778.918
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 299.209

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**
SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se cumplió con el objeto contractual
Tipo de Contrato	**SUMINISTRO**
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
	Por medio de los informes de supervisión y control de los ingresos

OTRAS OBLIGACIONES	**VERIFICACIÓN**
NA	NA

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.

DATOS REQUERIDOS

POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
33-44-101252465	CUMPLIMIENTO	12/08/2024	31/10/2025

7. 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,			
SUPERVISOR		**CONTRATISTA**	
Nombre	Luz María Toloza González	**Nombre Representante Legal**	GIOVANNA ESPELETA RAMOS
Identificación	**C.C 39.648.310**	**Identificación**	C.C. No. 55.622.573
FIRMA		**FIRMA**	