DATOS REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**027-2024**
	Tipo	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES						
Objeto	ALQUILER DE MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**NEUROLOR SAS**							
Identificación (CC – Nit)	**900.922.190-2**							
Representante Legal	LUIS ORLANDO ROJAS ROMERO							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Dr. LEONARDO ANDRÉS CHACÓN ZAMBRANO						
	Cargo	Neurocirujano/ Servicio de Neurocirugía (e)						

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

2. **FECHAS RELEVANTES**

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	15/03/2024
Iniciación	19/03/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial			
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$50.000.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$20000
VALOR TOTAL	$0

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
526	N/A	30/04/2024	$ 4.165.000
527	N/A	30/04/2024	$ 4.165.000
529	N/A	07/05/2024	$ 4.165.000
546	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
547	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
548	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
550	N/A	14/08/2024	$ 4.165.000
551	N/A	23/08/2024	$ 4.165.000
561	N/A	03/10/2024	$ 4.165.000
570	N/A	28/10/2024	$ 4.165.000
571	N/A	06/11/2024	$ 4.165.000
577	N/A	27/11/2024	$ 4.165.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$49.980.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$20.000

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
	Se cumplió a cabalidad con el objeto del contrato: ALQUILER DE MARCO DE ESTEROTAXIA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NUROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN

DATOS REQUERIDOS	
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

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
01/04/2024	$995.400	$325.000	$416.000
02/05/2024	$995.400	$325.000	$416.000
26/06/2024	$995.400	$325.000	$416.000
06/08/2024	$995.400	$325.000	$416.000
02/10/2024	$995.400	$325.000	$416.000

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

8. **PÓLIZAS**
Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE PÓLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
14-40-101063397	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	11/03/2024	30/06/2025
14-40-101063397	Cumplimiento - Pago de salarios	11/03/2024	31/12/2027
14-40-101063397	Cumplimiento - Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	11/03/2024	30/06/2025
14-40-101063397	Responsabilidad civil extra contractual	11/03/2024	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. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR**
El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

DATOS REQUERIDOS

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 (15) días del mes de (Diciembre) de (2023)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
			
Nombre	Dr. Leonardo Andrés Chacón Zambrano	**Nombre Representante Legal**	DR. Luis Orlando Rojas Romero
Cargo	Neurocirujano /Servicio Neurocirugía (E)	**Identificación**	19462352