DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**012-2024**
	Tipo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
Objeto	CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISION Y CALIBRACION DE LOS ACTIVÍMETROS							
Contratista	COMCI S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	830.014.072-2							
Representante Legal	MIGUEL ANGEL CHONA ALBARRACIN							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	NUBIA ROJAS RODRÍGUEZ						
	Cargo	SERVIDOR MISIONAL EN SNIDAD MILITAR						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	19/02/2024
Iniciación	08/03/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	10 MESES	08/03/2024	31/12/2024
Prórroga	N/A	N/A	N/A
PLAZO TOTAL	10 MESES	08/03/2024	31/12/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	10 MESES	08/03/2024	31/12/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$10.128.901
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$1,00
VALOR TOTAL	$10.128.900

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE36469	01	22/04/2024	$ 1.266.112
FE36470	02	22/04/2024	$ 1.266.112
FE37231	03	25/07/2024	$ 1.266.112
FE37232	04	25/07/2024	$ 1.266.112
FE37990	05	26/11/2024	$ 1.266.112
FE37991	06	26/11/2024	$ 1.266.112
FE38274	07	16/12/2024	$ 1.266.116
FE38276	08	16/12/2024	$ 1.266.112

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$10.128.900
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$1,00

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
CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISIÓN Y CALIBRACION DE LOS ACTIVÍMETROS MARCA CAPINTEC Y BIODEX DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se realiza verificación de facturas y la realización de control de calidad, prueba de precisión y calibración por parte del contratista

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	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)

DATOS REQUERIDOS

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
20/11/2024	$64.562.300	NOVIEMBRE	OCTUBRE

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
21-44-101437079	CUMPLIMIENTO	07/03/2024	30/06/2025

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.

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

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los 16 días del mes de diciembre de 2024

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Nubia Rojas Rodríguez	**Nombre Representante Legal**	Miguel Ángel Chona Albarracín
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	C.C. 88.000.858