DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**329**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**329-2024**
	TIPO	ADQUISICION						
Objeto	**ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7**							
Contratista	M Y M							
Identificación (CC – Nit)	830146016-6							
Representante Legal	**MANUEL GONZALEZ**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO						
	Cargo	COORDINADORA CENTRAL DE ESTERILIZACION						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	30-09-2024
Iniciación	4-10-2024
Finalizacion	31-12-2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	
Prorroga	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	2 MESES 27 DIAS	4-10-2024	31-12-2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	2 MESES 27 DIAS		
PLAZO TOTAL EJECUTADO	2 MESES 27 DIAS		

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	66.488.141
VALOR ADICIÓN	33.000.000
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	99.488.141

Escaneado con CamScanner

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FEMM1119		17-12-2024	66.488.141
FEMM1120		17-12-2024	30.338.753

VALOR PAGOS EFECTUADOS	97.477.940
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	2.010.201

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
ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1. ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7	ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LOS SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA ORTOPEDIA UROLOGIA CIRUGIA DE TORAX Y CIRUGIA PLASTICA DEL HOPSITAL MLITAR CENTRAL LOTE 7

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).

Escaneado con CamScanner

DATOS REQUERIDOS

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.

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
21-44-101452197	SEGUROS DEL ESTADO	03-10-2024	

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. 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 (18) días del mes de (DICIEMBRE) de (2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	**Nombre Representante Legal**	MANUEL GONZALEZ
Cargo	COORD CENTRAL ESTERILIZACION	**Identificación**	8301460166

Escaneado con CamScanner