DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**058-2024**	
	Tipo	Prestación de servicios							
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL								
Contratista	NODOMED SAS								
Identificación (CC – Nit)	901.018.425								
Representante Legal	OSKAR LEONARDO DELGADO ZABALETA C.C. 1.019.016.292								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO							
	Cargo	RESPONSABLE DE EQUIPO INDUSTRIAL							

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	26/03/2024
Iniciación	03/04/2024
Cesión	---
Suspensión	---
Reinicio	---

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	9 MESES	03/04/2024	31/12/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	9 MESES	03/04/2024	31/12/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	9 MESES	03/04/2024	31/12/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.000.000
VALOR ADICIÓN	$5.000.000
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$30.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
I 632		14/06/2024	$7.764.750
I 633		14/06/2024	$4.417.875
I 677		04/12/2024	$17.515.311

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$29.697.936
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$302.064

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.

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
MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS NUEVOS PARA LAS AUTOCLAVE MARCA TUTTNAUER TMAX8 DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se cumplió con el objeto del contrato sin novedad.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Durante la ejecución del contrato, se realizó el mantenimiento preventivo y correctivo con suministro de repuestos nuevos para la Autoclave marca Tuttnauer tmax8	El contratista realizo los mantenimientos correspondientes, de acuerdo con la programación y necesidad.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	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).

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.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
21/11/2024	$3.872.300	$617.400	$1.925.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901018425-4	NODOMED SAS		carrera 58b #131-56	3167071345	info.nodomed@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-10	E	21/11/2024	81920203	$3.872.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	175.700	0		0		0	13	1.700	0	177.400	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	435.900	0		0		0	13	4.100	0	440.000	4

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Proteccion)	800229739-0	702.500	0	0	0	0	13	6.500	0	709.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	933.350	0	0	0	0	13	8.600	0	941.900	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	272.000	0	0	0	0	13	2.600	0	274.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	705.600				705.600	13	6.500	712.100			7.058	712.100	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	611.600	13	5.700	617.300	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	611.800	617.400
Pensión	3	1.907.800	1.925.500
Riesgos Laborales	1	705.600	712.100
CCF	1	611.600	617.300
FSAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	3.838.600	3.872.300

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
11-44-101222152	CUMPLIMIENTO	27/03/2024	15/06/2025

DATOS REQUERIDOS

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.

8. 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 31 días del mes de diciembre de 2024			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Nombre Representante Legal**	OSKAR LEONARDO DELGADO ZABALETA
Cargo	Responsable de Equipo Industrial	**Identificación**	C.C. 1.019.016.292