DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**167-2024**
	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	ARTIUM S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	900607032							
Representante Legal	Camilo Idarraga Manrique							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Luz María Toloza González**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	30/05/2024
Iniciación	07/06/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	6	07/06/2024	30/11/2024
Prórroga			
Prórroga			
PLAZO TOTAL	6	07/06/2024	30/11/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	6		

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$43.880.628
VALOR ADICION (26-08-2024)	$20.000.000
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$63.880.628

DATOS REQUERIDOS

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
A199	ZE000000011887	17/06/2024	$39.762.400
A200	ZE000000012321	05/07/2024	$3.549.000
A202	ZE000000013571	03/09/2024	$20.183.000

VALOR FACTURACIÓN	$63.494.400
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$386.228

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 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	**VERIFICACIÓN** 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**
	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).

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.

7. POLIZAS

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

DATOS REQUERIDOS

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
NB-100325191	CUMPLIMIENTO	30/05/2024	30/11/2025

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.

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 () días del mes de () de ()			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	**Luz María Toloza González**	**Nombre Representante Legal**	**Camilo Idarraga Manrique**
Identificación	C.C. 39.648.310	**Identificación**	C.C. 80.083.032
FIRMA		**FIRMA**	