DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**177-2024**
	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	TECNOLOGIAS MEDICAS COLOMBIA SAS							
Identificación (CC – Nit)	900448208							
Representante Legal	**Adriana María Nuñez Castro**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Luz María Toloza González**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	17/06/2024
Iniciación	25/06/2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	6	25/06/2024	30/11/2024
Prórroga	-	-	-
PLAZO TOTAL	-	-	-
PLAZO TOTAL EJECUTADO	6	25/06/2024	30/11/2024

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 55.600.938
VALOR ADICIÓN	0
VALOR REDUCCIONES	0
VALOR TOTAL	$ 55.600.938

4. BALANCE FINANCIERO

DATOS REQUERIDOS

FACTURA	ORDEN DE PAGO	FECHA	VALOR
FVE40063	ZE000000012195	28/06/2024	$ 5.255.790
FVE40197	ZE000000012404	04/07/2024	$ 476.000
FVE40798	ZE000000012673	19/07/2024	$ 8.759.650
FVE43221	ZE000000014148	26/09/2024	$ 16.004.346
FVE43402	ZE000000014473	03/10/2024	$ 13.775.000

VALOR FACTURACIÓN	$ 44.270.786
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 11.330.152

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	**VERIFICACIÓN**
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	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**
NA	NA

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.

DATOS REQUERIDOS

POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
11-44-101227994	CUMPLIMIENTO	17/06/2024	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.

7. 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,			
SUPERVISOR		**CONTRATISTA**	
Nombre	**Luz María Toloza González**	**Nombre Representante Legal**	**Adriana María Nuñez Castro**
Identificación	**C.C 39.648.310**	**Identificación**	**CE. 715.104 Venezuela**
FIRMA		**FIRMA**	