DATOS REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	**007-2024**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**18/12/2024**
	Tipo	PRESTACION DE SERVICIOS						
Objeto	CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA							
Identificación (CC – Nit)	19352271							
Representante Legal								
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO						
	Cargo	SERVIDOR MISIONAL DE SANIDAD MILITAR						

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

2. **FECHAS RELEVANTES**

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	21/02/2024
Iniciación	28/02/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
PLAZO TOTAL	10 MESES	28/02/2024	30/12/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	10 MESES	28/02/2024	30/12/2024

4. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.000.000
VALOR ADICIÓN	$
VALOR REDUCCIONES	$6.000.000
VALOR TOTAL	$19.000.000

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
1	**4033**	12/4/2024	**$35.000**

DATOS REQUERIDOS

2	4034	12/4/2024	$35.000
3	4035	16/4/2024	$250.000
4	4036	16/4/2024	$35.000
5	4042	20/5/2024	$392.000
6	4043	20/5/2024	$35.000
7	4045	24/5/2024	$196.000
8	4046	24/5/2024	$98.000
9	4069	16/08/2024	$301.000
10	4071	16/08/2024	$35.000
11	4078	25/09/2024	$35.000
12	4086	29/10/2024	$3.992.000
13	4094	12/11/2024	$516.000
14	4095	12/11/2024	$1.355.000
15	4101	06/12/2024	$1.355.000
16	4102	06/12/2024	$35.000
17	4103	06/12/2024	$35.000
18	4104	06/12/2024	$35.000
19	4105	06/12/2024	$516.000
20	4108	06/12/2024	$3.592.000
21	4109	06/12/2024	$3.351.000
22	4110	06/12/2024	$422.000
23	4111	06/12/2024	$211.000
24	4113	06/12/2024	$797.000
25	4121	13/12/2024	$1.341.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$19.000.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$0

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
CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL	EL CONTRATISTA CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON CALIDAD Y DANDO RESPUESTA OPORTUNA Y ACORDES

DATOS REQUERIDOS	
PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	ANTE LOS REQUERIMIENTOS DEL SERVICIO Y LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	OPORTUNA

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)

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
30/11/2024	370.500	53.500	

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

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**

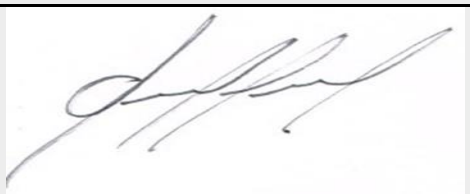
El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

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	

DATOS REQUERIDOS

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 30 días del mes de DICIEMBRE de 2024			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	CARLOS GREGORIO TORRES RESTREPO	**Nombre Representante Legal**	LUIS HERNANDO LEYVA NEIRA
Cargo	SMSM JEFE DE SERVICIO	**Identificación**	19352271

CONTRATACION DE LABORATORIO DENTAL EN EL SERVICIO DE SALUD ORAL Y CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA ELABORACION DE PROTESIS DENTALES PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL