DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**085-2024**
	Tipo	Suministro						
Objeto	Suministro del control de calidad externo para las áreas de inmunohematología, inmunoserología y servicio de gestión pretransfusional del banco de sangre del Hospital Militar Central.							
Contratista	QUIK QUALITY IS THE KEY S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	8350501640							
Representante Legal	AIDA PORRAS CAICEDO							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Gloria Neira Silva						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	25/04/2024
Iniciación	25/04/2024
Finalización	31/12/2024
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial		25/04/2024	31/12/2024
Prórroga	N/A		
PLAZO TOTAL	ocho meses		
PLAZO TOTAL EJECUTADO	ocho meses		

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$9.000.000,00
VALOR ADICIÓN	0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$9.000.000,00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

Fecha	No. Factura	Valor
24/062024	FE 9226	2.805.000.00
08/10/2024	FE 10004	5.800.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 8.605.000.00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$395.000.00

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
CUMPLE	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
CUMPLE	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1. NO APLICA	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.

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
10/12/2024	$23.833.900	$4.907.400	$12.496.900

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
6346101005253	cumplimiento	24/04/2024	24/06/2025

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.

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 (dd) días del mes de (mes) de (aaaa)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Gloria Neira Silva	**Nombre Representante Legal**	Aída Porras Caicedo
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	51.729.451
Firma	Gloria Neira S.	**Firma**	