DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**166-2024**
	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	ALFA TRADING SAS							
Identificación (CC – Nit)	830041488							
Representante Legal	CIRO HERNAN ANGEL							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Luz María Toloza González**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	06/06/2024
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		

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

VALOR INICIAL	$120.527.376
VALOR ADICION	$ 0
VALOR REDUCCIONES	$ 0
VALOR TOTAL	$120.527.376

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
INST223861	ZE000000013083	05/08/2024	$38.496.500
INST224732	ZE000000013299	21/08/2024	$7.528.416
INST225805	ZE000000013748	11/09/2024	$5.454.000
INST228985	ZE000000015259	15/11/2024	$10.648.080
INST229286	ZE000000015750	21/11/2024	$39.945.444

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$102.072.440
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$18.454.936

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

DATOS REQUERIDOS	
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	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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
3437324000081	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

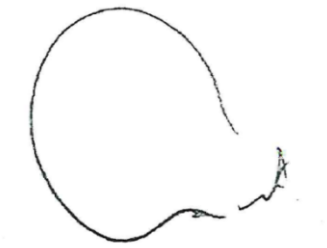
Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

DATOS REQUERIDOS

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Se aplica nota crédito a la factura INST229286 N° NCINST202035 de fecha 09/12/2024 valor $ 6.455.750 por devolución del insumo guante látex examen ALFASAFE (m) x 100und lote 50046788m FV 30/06/2029, ya que este insumo pertenece al contrato de la factura de esta entrada

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**	 Ciro Hernán Ángel
Identificación	C.C. 39.648.310	**Identificación**	C.C. 79.501.602
FIRMA			