## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | **X** | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | **169-2024** |
| | **Tipo** | SUMINISTRO | | | | | | |
| **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** | B BRAUN MEDICAL S A | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 860026442 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | **Dianeth Alexandra Parrado Ballesteros** | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | **Luz María Toloza González** | | | | | | |
| | **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | | | | | | |

### FECHAS RELEVANTES

| | FECHA DD/MM/AÑO |
|---|---|
| **Suscripción** | 04/06/2024 |
| **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 | | |

### 3. VALOR

**DATOS REQUERIDOS**

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $42.844.686 |
| VALOR ADICION | $0 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | $42.844.686 |

## 4. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA | ORDEN PAGO | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| 58370656 | ZE000000011965 | 18/06/2024 | $11.051.003 |
| 58373410 | ZE000000012829 | 27/07/2024 | $6.554.520 |
| 58375889 | ZE000000013642 | 05/09/2024 | $1.783.600 |
| 58376362 | ZE000000013803 | 11/09/2024 | $1.440.600 |
| 58376592 | ZE000000013902 | 16/09/2024 | $1.440.600 |
| 58378975 | ZE000000014682 | 21/10/2024 | $7.067.250 |
| 58380588 | ZE000000015266 | 16/11/2024 | $4.717.860 |
| 58380594 | ZE000000015268 | 16/11/2024 | $1.440.600 |

| | |
|---|---|
| VALOR DE FACTURACION | $35.496.033 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $0 |
| SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO | $7.348.653 |

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 | **VERIFICACIÓN**<br>Se cumplió con el objeto contractual |

| DATOS REQUERIDOS | |
|---|---|
| QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | |
| **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

| N° DE POLIZA | AMPARO | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|
| | | INICIO | FINAL |
| 77709 | CUMPLIMIENTO | 04/06/2024 | 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.

## 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

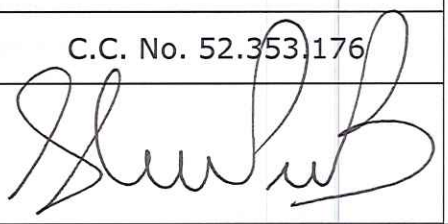
**DATOS REQUERIDOS**

| 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,**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Luz María Toloza González** | **Nombre Representante Legal** | **Dianeth Alexandra Parrado Ballesteros** |
| **Identificación** | C.C. 39.648.310 | **Identificación** | C.C. No. 52.353.176 |
| **FIRMA** |  | **FIRMA** |  |

YCabrera