DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**071 de 2024**
	Tipo	SUMINISTRO						
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS PARA REEMPLAZO PERCUTÁNEO DE VÁLVULA CARDIACA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA Y HEMODINAMIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"							
Contratista	C.T.P MEDICA S.A							
Identificación (CC – Nit)	800.121.151-5							
Representante Legal	**Carolina Perdomo Meza**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Luisa Fernanda Acero Muñoz**						
	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	11-04-2024
Iniciación	12-04-2024
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	9 Meses	12-04-2024	31-12-2024
Prórroga	N/A	-	-
PLAZO TOTAL	N/A	-	-
PLAZO TOTAL EJECUTADO	9 Meses	12-04-2024	31-12-2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$276.483.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$140.000.000
VALOR TOTAL	$136.483.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
120905			$67.579.800

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$67.579.800
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$68.903.200

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
"SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS PARA REEMPLAZO PERCUTÁNEO DE VÁLVULA CARDIACA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA QUIRÚRGICO EN SALAS DE CIRUGÍA Y HEMODINAMIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	Se dio cumplimiento al objeto contractual.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Por medio de los informes de supervisión y control de los ingreso.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

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

DATOS REQUERIDOS

Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

8. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
33-44-101248392	CUMPLIMIENTO	11-04-2024	31-12-2024

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.

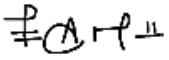
9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

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 04 días del mes de Febrero de 2025			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Luisa Fernanda Acero Muñoz	**Nombre Representante Legal**	Carolina Perdomo Meza
Identificación	1.022.381.861	**Identificación**	52.691.210
Firma		**Firma**	