DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**300 - 2024**
	Tipo	Selección Abreviada						
Objeto	ADQUISICIÓN DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (LOTE 6)							
Contratista	ALEMKO MEDICAL SAS							
Identificación (CC – Nit)	900995746							
Representante Legal	ANDRÉ HENRICHFREISE C.E 642324							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	CR. William Quiroga Matamoros. CC. 79456286						
	Cargo	Jefe del servicio de urología.						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	30/08/2024
Iniciación	09/09/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial		09/09/2024	31/12/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$25.000.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$25.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE1260	N/A	01/10/2024	25.000.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$25.000.000
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
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	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.	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
01/10/2024	16.633.800	5.003.000	7.696.200

DATOS REQUERIDOS

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
14-44-101217880	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	06/09/2024	

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.

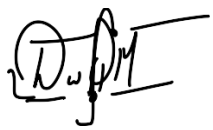
9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

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 (29) días del mes de (01) de (2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	 William Quiroga Matamoros	**Nombre Representante Legal**	 ANDRÉ HENRICHFREISE
Cargo	Jefe Servicio de Urología	**Identificación**	642324

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900995746-1	ALEMKO MEDICAL SAS	Calle 93a #11-07 oficina 404	6013002492	info@alemko.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80527885	$16.633.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.608.500	0		0		0	0	0	0	2.608.500	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	2.252.900	0		0		0	0	0	0	2.252.900	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	141.600	0		0		0	0	0	0	141.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	576.600	0	0	0	0	0	0		576.600	1
230301	Porvenir	800224808-8	3.091.700	0	0	90.200	90.200	0	0		3.272.100	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.654.100	0	0	96.700	96.700	0	0		3.847.500	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	238.700				238.700	0	0	238.700			2.387	238.700	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.686.600	0	0	1.686.600	4
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	141.600	0	0	141.600	1

01/10/24

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
747.100	0	0	747.100	2
ICBF				
1.120.600	0	0	1.120.600	2
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	5.003.000	5.003.000
Pensión	3	7.696.200	7.696.200
Riesgos Laborales	1	238.700	238.700
CCF	2	1.828.200	1.828.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.120.600	1.120.600
MEN	0	0	0
SENA	1	747.100	747.100
TOTALES	11	16.633.800	16.633.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900995746-1	ALEMKO MEDICAL SAS		Calle 93a #11-07 oficina 404	6013002492	info@alemko.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E		80527885	$16.633.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Essensitiva	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022944350	RODRIGUEZ BENITEZ LADY JOHANA	1	0			N								X								230301	18.022.930	2.883.700	0	0	90.200	90.200	EPS010	18.022.930	2.252.900	14-11	18.022.930	1	94.100	CCF21	18.022.930	721.000	18.022.930	360.500	540.700	0	0
2	CC	1026590873	ARIZA TONCEL DIANA SOFIA	1	0			S								X								25-14	3.510.476	561.700	0	0	0	0	EPS005	3.510.476	140.500	14-11	3.510.476	1	18.400	CCF21	3.510.476	140.500	0	0	0	0	0
3	CC	1107531109	VARON TORRES MARCELA	1	0			S								X								230201	3.537.641	566.100	0	0	0	0	EPS018	3.537.641	141.600	14-11	3.537.641	1	18.500	CCF57	3.537.641	141.600	0	0	0	0	0
4	CC	1107531109	VARON TORRES MARCELA	1	0			S									X							230201	86.667	10.500	0	0	0	0	EPS018	86.667	0	14-11	86.667	1	0	CCF57	86.667	0	0	0	0	0	0
5	CE	642324	HENRICHFREISE ANDRE	1	0			N								X								25-14	19.327.212	3.092.400	0	0	96.700	96.700	EPS005	19.327.212	2.416.000	14-11	19.327.212	1	100.900	CCF21	19.327.212	773.100	19.327.212	386.600	579.900	0	0
6	CC	1022926286	RODRIGUEZ BENITEZ ANGELA MARIA	1	0			S																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información