DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**027-2024**
	Tipo	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES						
Objeto	ALQUILER DE MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	**NEUROLOR SAS**							
Identificación (CC – Nit)	**900.922.190-2**							
Representante Legal	LUIS ORLANDO ROJAS ROMERO							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Dr. LEONARDO ANDRÉS CHACÓN ZAMBRANO						
	Cargo	Neurocirujano/ Servicio de Neurocirugía (e)						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	15/03/2024
Iniciación	19/03/2024
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial		19/03/2024	31/12/2024
Prórroga		N/A	N/A
PLAZO TOTAL		31/12/2024	31/12/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO		31/12/2024	31/12/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$50.000.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$20000
VALOR TOTAL	$0

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
526	N/A	30/04/2024	$ 4.165.000
527	N/A	30/04/2024	$ 4.165.000
529	N/A	07/05/2024	$ 4.165.000
546	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
547	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
548	N/A	05/08/2024	$ 4.165.000
550	N/A	14/08/2024	$ 4.165.000
551	N/A	23/08/2024	$ 4.165.000
561	N/A	03/10/2024	$ 4.165.000
570	N/A	28/10/2024	$ 4.165.000
571	N/A	06/11/2024	$ 4.165.000
577	N/A	27/11/2024	$ 4.165.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$49.980.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$20.000

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
	Se cumplió a cabalidad con el objeto del contrato: ALQUILER DE MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DATOS REQUERIDOS

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

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de cómo 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
01/04/2024	$995.400	$325.000	$416.000
02/05/2024	$995.400	$325.000	$416.000
26/06/2024	$995.400	$325.000	$416.000
06/08/2024	$995.400	$325.000	$416.000
02/10/2024	$995.400	$325.000	$416.000

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. PÓLIZAS

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

N° DE PÓLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
14-44-101205793	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	11/03/2024	30/06/2025
14-44-101205793	Cumplimiento - Pago de salarios	11/03/2024	31/12/2027
14-44-101205793	Cumplimiento - Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	11/03/2024	30/06/2025
14-44-101205793	Responsabilidad civil extra contractual	11/03/2024	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. CERTIFICACIÓN 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, a los (10) días del mes de (Diciembre) de (2024)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Dr. Leonardo Andrés Chacón Zambrano	**Nombre Representante Legal**	DR. Luis Orlando Rojas Romero
Cargo	Neurocirujano /Servicio Neurocirugía (E)	**Identificación**	19462352

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900922190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEURO LOR S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 # 127B -43 T 4	TELÉFONO:	6012586
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7940890270**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		954287672

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 416.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	2	**$ 325.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	2	$ 104.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 104.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 20.400
		SUBTOTAL:	2	**$ 20.400**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	2	$ 52.000
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	2	$ 78.000
		SUBTOTAL:		**$ 130.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 995.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 995.400**