## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | **x** | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | **268-2024** |
| | **Tipo** | SUMINISTROS | | | | | | |
| **Objeto** | SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOQUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL-CIRUGIA PLASTICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 2 PROTESIS MAMARIAS INTERNAS. | | | | | | | |
| **Contratista** | GC AESTHETICS COLOMBIA S.A.S | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 901344033 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | ANDRES DANILO ARGUELLO GALINDO | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | **Luz María Toloza González** | | | | | | |
| | **Cargo** | Servidor Misional en Sanidad Militar | | | | | | |

**FECHAS RELEVANTES**

| | FECHA DD/MM/AÑO |
|---|---|
| **Suscripción** | 09/08/2024 |
| **Iniciación** | 14/08/2024 |
| **Cesión** | N/A |
| **Suspensión** | N/A |
| **Reinicio** | N/A |

### 2. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | 2 | 09/08/2024 | 30/09/2024 |
| Prórroga | 1 | 30/09/2024 | 21/10/2024 |
| PLAZO TOTAL | 3 | 09/08/2024 | 21/10/2024 |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | 3 | | |

### 3. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 15.000.000 |
| VALOR ADICIÓN | 0 |
| VALOR REDUCCIONES | 0 |
| VALOR TOTAL | $ 15.000.000 |

## DATOS REQUERIDOS

### 4. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA | ORDEN PAGO | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| GCAC21727 | ZE000000014228 | 1/10/2024 | $ 1.300.000 |
| GCAC22155 | ZE000000014894 | 30/10/2024 | $ 1.300.000 |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $ 2.600.000 |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | 0 |
| SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO | $ 12.400.000 |

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.

### 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 | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOQUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LOS SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL-CIRUGIA PLASTICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 2 PROTESIS MAMARIAS INTERNAS. | Se cumplió con el objeto contractual |
| **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 |
|---|---|
| NA | NA |

### 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.

**POLIZAS**

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

## DATOS REQUERIDOS

| N° DE POLIZA | AMPARO | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|
| | | INICIO | FINAL |
| 11-46-101053971 | CUMPLIMIENTO | 11/04/2024 | 30/06/2025 |
| 11-46-101060600 | CUMPLIMIENTO | 08/08/2024 | 30/03/2025 |

**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.

### 7. 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

El presente contrato tiene terminación anticipada por ejecución total del presupuesto, el saldo no alcanza para solicitar insumos, a la fecha de realizar la presente acta final la entidad está en proceso de adjudicación de otro contrato con los mismos insumos del presente contrato.

**Para constancia se firma en Bogotá,**

| SUPERVISOR | | CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Luz María Toloza González** | **Nombre Representante Legal** | Andrés Danilo Arguello Galindo |
| **Identificación** | C.C 39.648.310 | **Identificación** | C.C. 80.109.287 |
| **FIRMA** |  | |  |