DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**043-2024**
	Tipo	COMPRAVENTA						
Objeto	**ADQUISICIÓN DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN - INNLAB, DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**							
Contratista	**GRUPO ABSTRACT S.A.S**							
Identificación (CC – Nit)	Nit: 900.279.841-0 CE N°497050							
Representante Legal	**HENNING BERGOLD**							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Dra. CLAUDIA LILIANA ECHEVERRÍA GONZÁLEZ**						
	Cargo	Jefe Unidad de Investigación Científica- Supervisora						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	21-03-2024
Iniciación	21-03-2024
Cesión	NA
Suspensión	NA
Reinicio	NA

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	8 MESES 15 DÍAS	21-03-2024	15-11-2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	8 MESES 15 DÍAS	21-03-2024	15-11-2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	8 MESES 15 DÍAS	21-03-2024	15-11-2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 42.800.000,oo
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	**$ 42.800.000,oo**

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
ABSE-1804	N/A	15-05-2024	$ 42.800.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 42.800.000
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
ADQUISICIÓN DE SCANER 3D PORTATIL DE MANO A TODO COLOR PARA EL LABORATORIO DE INNOVACIÓN - INNLAB, DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	El contratista cumplió a cabalidad con las actividades del contrato hasta la fecha de terminación **15-NOVIEMBRE-2024.**

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Formato de ingreso de equipos por adquisición –Activos Fijos 15 de mayo 2024-Serial SK01IUF0299-Modelo SYS-IR-M3-Marca IREAL.	Formato de ingreso de equipos por adquisición –Activos Fijos 15 de mayo 2024-Serial SK01IUF0299-Modelo SYS-IR-M3-Marca IREAL.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1. Ninguna	Ninguna

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	ARL
04-2024	$22.574.500,oo	$5.137.600,oo	$12.211.000,oo	$ 945.000,oo
05-2024	$14.090.600,oo	$2.259.400,oo	$ 8.601.200,oo	$ 969.000,oo
06-2024	$12.097.100,oo	$1.970.900,oo	$ 7.226.900,oo	$ 928.400,oo
07-2024	$12.558.900,oo	$2.056.500,oo	$ 7.638.500,oo	$ 807.400,oo
08-2024	$21.462.800,oo	$4.285.600,oo	$ 10.912.500,oo	$ 1.675.500,oo
09-2024	$10.996.500,oo	$1.879.600,oo	$ 6.815.300,oo	$ 422.000,oo
10-2024	$10.996.500,oo	$1.879.600,oo	$ 6.815.300,oo	$ 422.000,oo

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
NB **100313913**	SEGUROS MUNDIAL	15-03-2024	15-05-2025

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.

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

La supervisora del contrato deja constancia que se recibió el servicio pactado a conformidad.

Para constancia se firma en Bogotá, a los (15) días del mes de Diciembre de 2024

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**Dra. Claudia Liliana Echeverría González**	**Nombre Representante Legal**	**Henning Bergold**
Cargo	Jefe Unidad de Investigación-Supervisora	**Identificación**	CE:497050

Firma: Claudia Echeverría

Firma: