DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**137-2025**
	Tipo	COMPRA VENTA						
Objeto	"ADQUISICIÓN, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" LOTE.7							
Contratista	L A S ELECTROMEDICINA S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	860.052.680-9							
Representante Legal	MAGDA ANDREA SANCHEZ GONZALEZ							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	JUAN PABLO ORTIZ SALAZAR						
	Cargo	OFICIAL EN COMISIÓN ADMINISTRATIVA PERMANENTE EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	08/07/2025
Iniciación	21/07/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial		21/07/2025	30/09/2025
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	2 meses 9 dias		

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 132.866.988,00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 132.866.988,00

Mirna Martinez 08/10/2025 11:47 am.

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FVEL33040		26/09/2025	$ 132.866.988,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$132.866.988,00
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, PREINSTALACIÓN E INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" LOTE.7	SE VERIFICO EL PLIEGO DE CONDICIONES, CUMPLIENDO CON LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS SOLICITADAS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
SE RECIBIERON 6 DESFIBRILADORES MARCA MINDRAY MODELO D30 BENEHEART CON LAS SIGUIENTES SERIES FP5-52016060, FP5-52016059, FP5-52016058, FP5-2016057, FP5-52016056, FP5-49011774. DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION EN LOS SERVICIOS. DE HOSPITALIZACION, SALAS DE CX, HEMODINAMIA,CARDIOLOGIA , UCI NEONATAL, PET SCAN	SE VERIFICO LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL INGRESO. DE LOS DESFIBRILADORES DE ACUERDO A LO SOLICITADO POR PARTE DE EQUIPO BIOMEDICO Y ACTIVOS FIJOS.CUMPLIENDO SATISFACTORIAMENTE.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	

DATOS REQUERIDOS

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
02/09/2025	$ 64.032.100	$ 12.582.500	$ 37.872.900

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
No NB 100393442 CERTIFICADO: 72483225	Cumplimiento calidad y correcto funcionamiento del bien	21/07/2025	08/10/2028

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.

DATOS REQUERIDOS

10. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Se realizó la instalación de cada uno de los desfibriladores de acuerdo a la distribución, con todos sus accesorios.

Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de Septiembre de (2025)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	JUAN PABLO ORTIZ SALAZAR 	**Nombre Representante Legal**	MAGDA ANDREA SANCHEZ GNZALEZ 
Cargo	OFICIAL EN COMISION ADMINISTRATIVA PERMANETE EN LA ADMINISTRACION PUBLICA	**Identificación**	52.312.600