DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**020-2025**
	Tipo	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
Objeto	***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISIÓN Y CALIBRACIÓN DE LOS ACTIVÍMETROS DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".***							
Contratista	COMCI S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	830.014.072-2							
Representante Legal	MIGUEL ANGEL CHONA ALBARRACIN							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	NUBIA ROJAS RODRÍGUEZ						
	Cargo	SERVIDOR MISIONAL EN SANIDAD MILITAR						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	17/03/2025
Iniciación	26/03/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	10 MESES	26/03/2025	31/12/2025
Prórroga	N/A	N/A	N/A
PLAZO TOTAL	10 MESES	26/03/2025	31/12/2025
PLAZO TOTAL EJECUTADO	10 MESES	26/03/2025	31/12/2025

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$10.735.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$10.735.000

5. BALANCE FINANCIERO

DATOS REQUERIDOS

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE 39024	01	11/04/2025	$1.341.875
FE 39025	02	11/04/2025	$1.341.875
FE 39504	03	04/07/2025	$1.341.875
FE 39505	04	04/07/2025	$1.341.875
FE 40096	05	6/10/2025	$1.341.875
FE 40097	06	6/10/2025	$1.341.875
FE 40555	07	11/12/2025	$1.341.875
FE 40556	08	11/12/2025	$1.341.875

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$10.735.000
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
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISIÓN Y CALIBRACIÓN DE LOS ACTIVÍMETROS DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".	Se realiza verificación de facturas y la realización de control de calidad, prueba de precisión y calibración por parte del contratista

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

DATOS REQUERIDOS

(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
19/11/2025	$58.923.000	$13.789.600	$26.767.600

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
97122552	CUMPLIMIENTO	25/03/2025	31/12/2025

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. **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

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 2025

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	Nubia Rojas Rodríguez	**Nombre Representante Legal**	Miguel Ángel Chona Albarracín
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	C.C. 88.000.858