DATOS REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**017-2025**
	Tipo	SUMINISTROS						
Objeto	SUMINISTRO DE SISTEMA VNS (NERVIO VAGO), GENERADOR DE PULSOS PARA VNS THERAPY REQUERIDO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	LIVANOVA COLOMBIA SAS							
Identificación (CC – Nit)	900839128							
Representante Legal	Jose Santiago Cañas Uribe							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	Leonardo Chacón Zambrano						
	Cargo	SMSM Jefe del Servicio						

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

2. **FECHAS RELEVANTES**

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	14/03/2025
Iniciación	30/12/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial		14/03/2025	30/12/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL	10 Meses		
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 690.060.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$ 690.060.000

DATOS REQUERIDOS

5. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
3417	N/A	31/03/2025	$108.790.100
3528	N/A	13/05/2025	$95.700.100
3886	N/A	13/11/2025	$108.790.100
3887	N/A	13/11/2025	$108.790.100

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$422.070.400
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$267.989.600

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: SUMINISTRO DE SISTEMA VNS (NERVIO VAGO), GENERADOR DE PULSOS PARA VNS THERAPY REQUERIDO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Se cumplió con la entrega de elementos o bienes en fecha pactada.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Se cumplió con las obligaciones de Apoyo Post Venta (Capacitación al personal asistencial acerca del manejo y usos de los elementos entregados) y Apoyo Tecnológico (Entrega de equipos y/o instrumental que

DATOS REQUERIDOS

	se puedan requerir para la utilización de los insumos ofertados).

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
21/04/2025	$131.230.800		

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
16451982	$ 310.527.000	11-MAR-2025	30-JUN-2026

Nota 1: Este ÍTEM 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

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los (12) días del mes de (08) de (2024)

El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
		Santiago Cañas Uribe — Firmado digitalmente por Santiago Cañas Uribe Fecha: 2024.03.12 16:56:28 -05'00'	
Nombre	Dr. Leonardo Andrés Chacon Zambrano	**Nombre Representante Legal**	Jose Santiago Cañas Uribe
Cargo	Jefe Servicio de Neurocirugía	**Identificación**	C.C. 98.564.975