DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**275-2024**
	Tipo	COMPRAVENTA						
Objeto	ADQUISICIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE CONGELADORES PARA EL ALMACENAMIENTO DE COMPONENTES SANGUINEOS PARA EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.							
Contratista	TECNIGEN COLOMBIA,MEDICINA,CIENCIA Y TECNOLOGÍA S.A.S							
Identificación (CC – Nit)	901.322.851							
Representante Legal	LINA MARIA PEÑALOZA CARVAJAL							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO						
	Cargo	RESPONSABLE DE EQUIPO INDUSTRIAL						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	13/08/2024
Iniciación	15/08/2024
Cesión	---
Suspensión	---
Reinicio	---

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	2 MESES	15/08/2024	14/10/2024
Prórroga	1.5 MESES	14/10/2024	29/11/2024
PLAZO TOTAL	3.5 MESES	15/08/2024	29/11/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3.5 MESES	15/08/2024	29/11/2024

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$42.245.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$42.245.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE1296		01/11/2024	$42.245.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$42.245.000
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.

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 y puesta en funcionamiento de congeladores para el almacenamiento de componentes sanguíneos para el servicio de banco de sangre y servicio de transfusión del Hospital Militar Central.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
Durante la ejecución del contrato, se entregaron 02 congeladores para los servicios de banco de sangre y transfusión del Hospital Militar.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	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)

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.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
30/10/2024	$4.404.700	$719.800	$2.878.400

DATOS REQUERIDOS

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 3

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901322851-1	TECNIGEN COLOMBIA MEDICINA CIENCIA Y TECNOLOGIA SA	CR 10 96 25 OFICI 612	7022256	oscar.velasquez@montigroup.com.co	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	B - menos de 200 t			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTA, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				6	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-09	E	30/09/2024	80626845	$16.124.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	3.500.000	0		0		0	0	0	0	3.500.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	415.300	0		0		0	0	0	0	415.300	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.200	0		0		0	0	0	0	218.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	120.300	0		0		0	0	0	0	120.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-6	1.080.000	0	0	0	0	0	0		1.080.000	2
23002	Porvenir	830224508-6	570.300	0	0	0	0	0	0		570.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	5.543.200	0	0	167.300	647.300	0	0		6.457.800	3

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	469.400				469.400	0	0	469.400			4.694	469.400	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.873.500	0	0	1.873.500	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
560.000	0	0	560.000	1
ICBF				
840.000	0	0	840.000	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	4.253.500	4.253.500
Pension	3	5.106.100	5.106.100
Riesgos Laborales	1	469.400	469.400
CCF	1	1.873.500	1.873.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	840.000	840.000
MEN	0	0	0
SENA	1	560.000	560.000
TOTALES	11	15.124.500	15.124.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
340 47 994000056084	CUMPLIMIENTO	**13/08/2024**	**30/05/2025**

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.

DATOS REQUERIDOS

8. 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

Para constancia se firma en Bogotá, a los 31 días del mes de octubre de 2024			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	TF SANTIAGO ANDRES ROJAS MORENO	**Nombre Representante Legal**	LINA MARIA PEÑALOZA CARVAJAL
Cargo	Responsable de Equipo Industrial	**Identificación**	52.707.049