HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

CONTRATO	

No.	024/2020
TIPO	CONTRATO DE SUMINISTRO

CONTRATISTA	WLORENZ SA	
IDENTIFICACIÓN	830.007.935-4	
SUPERVISOR	Nombre	DR. LUIS EDUARDO BERMUDEZ R
	Cargo	ESPECIALISTA CIRUGIA PLASTICA
OBJETO:	ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS PARA CORRECCION CONGENITA DE OIDO (PROTESIS) PARA LOS PACIENTES QUE HACEN PARTE DEL SUBSISTEMA DE LAS FUERZAS MILITARES	

2. VALOR

VALOR INICIAL	$ 74.520.000
VALOR ADICIÓN(ES)	$
	$
VALOR TOTAL	$ 74.520.000

DATOS REQUERIDOS

3. PAGO

El interventor certifica:

- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.
- Que el porcentaje de ejecución a la fecha es de 100%.

	COLUMNA 1		COLUMNA 2
VALOR DEL CONTRATO	$74.520.000		
VALOR EJECUTADO		19.872.000	
VALOR PAGADO			13.248.000
PENDIENTE POR PAGAR			6.624.000
SALDO A LIBERAR			$54.648.000
SUMAS IGUALES	$74.520.000		$74.520.000

NOTA: EL VALOR TOTAL DE LAS COLUMNAS 1 Y 2 DEBE SER IGUAL DE ACUERDO AL EJEMPLO ANTERIORMENTE MENCIONADO

4. 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
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	ADQUISICION DE INSUMOS MEDICOS PARA CORRECCION CONGENITA DE OIDO (PROTESIS) PARA LOS PACIENTES QUE HACEN PARTE DEL SUBSISTEMA DE LAS FUERZAS MILITARES
OTRAS OBLIGACIONES	

DATOS REQUERIDOS

5. PAGOS EFECTUADOS

ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
01	JULIO 2020	$6.624.000
02	NOVIEMBRE 2020	$6.624.000
03	DICIEMBRE 2020	$6.624.000

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
__-__-__	$_____.00	$_____.00	$_____.00

7. 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

DATOS REQUERIDOS

SISTEMA DE PUNTUACIÓN				
NA	No aplicable	2	0
0	No cumple	3	bueno
1	malo	4	excelente

		CALIFICACION 0-4
CALIDAD DEL BIEN Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato	4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido	4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor	4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades	4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)	4
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)	4

EVALUACION DEL PROVEEDOR

TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS (24)

TOTAL DE PUNTOS POSIBLES (24)

X 100 = **100**

EXCELENTE	76 - 100	X
BUENO	51 - 75	
REGULAR	26 - 50	
MALO	0 - 25	

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES (6)

CALIFICACION	EXCELENTE

8. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los 15 días del mes de diciembre de 2020__			
El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	DR. LUIS EDUARDO BERMUDEZ	NOMBRE	YOVANY SANABRIA
Cargo	SUPERVISOR CONTRATO	Identificación	