DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**120-2026**
	Tipo	COMPRAVENTA						
Objeto	**"ADQUISICIÓN, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES, DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"**							
Contratista	MANPOWER COMPAÑIA INTEGRAL DE SERVICIOS S.A.S.							
Identificación (CC – Nit)	900.529.261-2							
Representante Legal	JUAN DANIEL ARENAS REITA							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	DIANA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ						
	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	16/06/2026
Iniciación	26/06/2026
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	**Hasta**
Inicial	2 MESES	26/06/2026	31/08/2026
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	2 MESES	26/06/2026	31/08/2026

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 23.976.000
VALOR ADICIÓN	$ 0
VALOR REDUCCIONES	$ 0
VALOR TOTAL	$23.976.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	$VALOR
1	MPFE-4233	26/08/2026	$ 23.976.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 23.976.000
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, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE ELEMENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES, DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL"	Se cumplió con las obligaciones objeto del contrato.

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD RECIBIDA Y APROBADA POR A SUPERVISORA
1	Forros protector de polvo para camillas	Unidad	48
2	Luces de emergencia para rutas de evacuación	Unidad	20
3	Inmovilizador de cuello	Unidad	48
4	Acrílico cristal para puerta de gabinete contra incendios	Unidad	78
5	Pasador cilíndrico para gabinete contra incendios	Unidad	78

VERIFICACIÓN

Se verificó la cantidad y calidad de los elementos entregados, los cuales cumplen con las especificaciones técnicas requeridas por el Hospital Militar Central incluyendo el informe correspondiente.

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
Ninguna	

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			
		Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
20/08/2026	$6.471.100	Salud	3	$ 968.800,00	$ 970.500,00	Pensión	2	$ 4.049.200,00	$ 4.055.600,00

8. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
NB-100452562	COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	26/06/2026	31/08/2029

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:

Para constancia se firma en Bogotá, a los (15) días del mes de (Septiembre) del (2026)			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	Diana Marcela Rodríguez González	**Nombre Representante Legal**	Juan Daniel Arenas Reita
Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar	**Identificación**	C.C. 80.310.683