DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**280-2025**
	Tipo	SUMINISTRO						
Objeto	**"SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS: ELECTRODO PARA RESECTOSCOPIO BIPOLAR 26FR, ASA DOBLADA DE 24FR, ALAMBRE CON GROSOR DE 0.2 mm REUTILIZABLE PARA EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**							
Contratista	ALEMKO MEDICAL SAS							
Identificación (CC – Nit)	900.995.746-1							
Representante Legal	André Henrichfreise C.E 642324							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	CR. William Quiroga Matamoros. CC. 79456286						
	Cargo	Jefe del servicio de urología.						

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

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	11/11/2025
Iniciación	24/11/2025
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial		24/11/2025	31/12/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO			

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$20.000.000
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$20.000.000

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
FE1834		25/11/2025	$19.840.000

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$19.840.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	info$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
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

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

(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.

DATOS REQUERIDOS

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
01/10/2024	16.633.800	5.003.000	7.322.400

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

8. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
14-44-101217880	SEGUROS DEL ESTADO	30/08/2024	30/06/2025

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. 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 (02) días del mes de (10) de (2024)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	William Quiroga Matamoros	**Nombre Representante Legal**	André Henrichfreise
Cargo	Jefe Servicio de Urología	**Identificación**	C.E 642324