



HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-04
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-06-2022
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 05
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI			PÁGINA 1 de 4

DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	Contrato	X	Convenio		Orden		No.	257-2025
	Tipo	Suministros						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR Y HEMODINAMIA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. LOTE N° 1.							
Contratista	BECTON DICKINSON							
Identificación (CC - Nit)	860020309							
Representante Legal	ORTIZ TORRES JESUS ALEJANDRO							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	Nombre	Luz María Toloza González						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	22/10/2025
Iniciación	30/10/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

	PACTADO (meses)	FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	3 meses	30/10/2025	31/12/2025
Prórroga			
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3 meses	30/10/2025	31/12/2025

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:		2 de 3	

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	\$ 210.000.000
VALOR ADICION	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	\$ 210.000.000

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
FE616562	ZF000000021906	4/11/2025	\$ 125.000.000,00
FE619965	ZF000000022807	10/12/2025	\$ 85.000.000,00
VALOR FACTURAS EJECUTADAS			\$ 210.000.000
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 en el momento de entrega de los insumos a la farmacia de tecnologías en salud, por otra parte, se encuentran en la plataforma de SECOP II
- Durante la ejecución del contrato la facturación que se relaciona en el presente documento fue aprobada y conciliada, las facturas pendientes de pago se tendrán en cuenta en el acta de liquidación, estos pagos los se realizaran por parte del área de tesorería dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

5. 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
SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR Y HEMODINAMIA DE LA	Se cumplió con el objeto contractual

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:			3 de 3

DATOS REQUERIDOS

SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. LOTE N° 1.	
Tipo de Contrato	
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Por medio de los informes de supervisión y control de los ingresos
OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
N/A	N/A

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
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

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

7. POLIZAS

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
2076351	LIBERTY SEGUROS	21/10/2025	31/12/2028

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.

FORMATO	ACTA INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GA-GECO-MN-01-FT-04	VERSION	05
		Página:	4 de 3		

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 22 de enero de 2026			
EL SUPERVISOR		EL CONTRATISTA	
Nombre	Luz María Toloza González	Nombre Representante Legal	
Identificación	C.C. 39.648.310	Identificación	
FIRMA	