DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**155-2025**
	Tipo	Suministros						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. (LOTE 6).							
Contratista	EXEL MEDICAL							
Identificación (CC – Nit)	900127147							
Representante Legal	JOSÉ FERNANDO RINCÓN RIVERA							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Maria Nelcy Toro Quintero**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	21/07/2025
Iniciación	29/07/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		**FECHAS**	
		Desde	**Hasta**
Inicial	5 meses	29/07/2025	31/12/2025
Prórroga N°1	3 meses	31/12/2025	31/03/2026
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	8 meses	29/07/2025	31/3/2026

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 28.620.000
VALOR ADICION	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$ 28.620.000

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
N/A	N/A	N/A	N/A

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 28.620.000

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.

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 MÉDICO-QUIRÚRGICOS REQUERIDOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. (LOTE 6).	Se cumplió con el objeto contractual
Tipo de Contrato	
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
	Por medio de los informes de supervisión y control de los ingresos

OTRAS OBLIGACIONES	**VERIFICACIÓN**

DATOS REQUERIDOS	
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
1500158134901	**SEGUROS DE CUMPLIMIENTO**	21/07/2025	31/03/2027

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.

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					
Comunicación con la(el) supervisora(or) /					

DATOS REQUERIDOS

interventora(or)X					
Oportunidad en la gestión					
Calidad del bien o servicio					
Cumplimiento					

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

Se realiza acta final teniendo en cuenta que el tiempo de ejecución del contrato ya finalizo, saldo a liberar$ 28.620.000.

Para constancia se firma en Bogotá, a los (16) días del mes de (04) de (2026)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**Maria Nelcy Toro Quintero**	**Nombre Representante Legal**	José Fernando Rincón
Identificación	C.C. 52.277.745	**Identificación**	CC 79484187
FIRMA			Introduce el texto aquí JOSE FERNANDO RINCON RIVERA Firmado digitalmente por JOSE FERNANDO RINCON RIVERA Fecha: 2026.04.16 15:25:24 -05'00'