DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**300-2025**
	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							
Contratista	GILMEDICA SAS							
Identificación (CC – Nit)	890317417							
Representante Legal	JUAN DAVID GIL WIEDMAN							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Maria Nelcy Toro Quintero**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	17/12/2025
Iniciación	31/12/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	1 día	31/12/2025	31/12/2025
Prórroga	3 meses	31/12/2025	31/3/2026
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3 meses	31/12/2025	31/03/2026

DATOS REQUERIDOS

3. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 24.000.000
VALOR ADICION	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$ 24.000.000

4. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
FVE129748	ZG000000023875	30/01/026	$ 1.344.000,00
FVE130531	ZG000000024955	11/03/2026	$ 1.344.000,00
FVE130783	ZG000000024956	11/03/2026	$ 2.688.000,00
FVE131606	ZG000000024957	17/03/2026	$ 1.344.000,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$ 6.720.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 17.280.000,00

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

5. Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
6. Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

7. **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	Se cumplió con el objeto contractual

DATOS REQUERIDOS	
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

8. **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.

9. **POLIZAS**

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

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
45-44-101172265	**SEGUROS DEL ESTADO**	10/12/2025	31/12/2026

Nota 1: Este ÍTEM 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.

10. **CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR**

DATOS REQUERIDOS

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.

11. **OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES**
Se firma el acta final teniendo en cuenta que el tiempo de ejecución ya finalizó, se realiza liberación por un saldo de $17.280.000,00.

Para constancia se firma en Bogotá, a los (21) días del mes de (04) de (2026)

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**Maria Nelcy Toro Quintero**	**Nombre Representante Legal**	
Identificación	C.C. 52.277.745	**Identificación**	94531438
FIRMA			