DATOS REQUERIDOS

1. **DATOS GENERALES**

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	**230-2025**
	Tipo	Suministros						
Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS (VÁLVULAS HEMOSTÁTICA) PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	TM MEDICAS S.A.S							
Identificación (CC – Nit)	800108708							
Representante Legal	CARLOS ALBERTO MURILLAS GIL							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	**Maria Nelcy Toro Quintero**						
	Cargo	Servidor Misional en Sanidad Militar						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	01/10/2025
Iniciación	10/10/2025
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. **PLAZO DE EJECUCIÓN**

PACTADO (meses)		**FECHAS**	
		Desde	**Hasta**
Inicial	11 meses	10/10/2025	31/12/2025
Prórroga N°1	3 meses	31/12/2025	31/03/2026
Prórroga	2 meses	31/03/2026	31/05/2026
PLAZO TOTAL			
PLAZO TOTAL EJECUTADO	16 meses	10/10/2025	31/05/2026

DATOS REQUERIDOS

3. **VALOR**

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$ 36.000.000
VALOR ADICION	
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$36.000.000

4. **BALANCE FINANCIERO**

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
FEV3521	ZF000000021979	6/11/2025	$ 2.237.200,00
FEV3543	ZF000000022159	18/11/2025	$ 2.237.200,00
FEV3582	ZF000000022579	9/12/2025	$ 2.237.200,00
FEV3691	ZF000000024150	23/2/2026	$ 2.237.200,00
FEV3760	ZF000000025002	6/4/2026	$ 2.237.200,00

VALOR PAGOS EFECTUADOS	$11.186.000,00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$ 24.814.000,00

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 (VÁLVULAS HEMOSTÁTICA) PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Se cumplió con el objeto contractual
Tipo de Contrato	
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**

DATOS REQUERIDOS	
	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
45-44-101169966	**SEGUROS DEL ESTADO**	25/09/2025	31/05/2027

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.

10. **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

DATOS REQUERIDOS

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 $ 24.814.000

Para constancia se firma en Bogotá, a los 26 días del mes de 08 de 2026

El SUPERVISOR		El CONTRATISTA	
Nombre	**Maria Nelcy Toro Quintero**	**Nombre Representante Legal**	Carlos A murillas G
Identificación	C.C. 52.277.745	**Identificación**	14989337
FIRMA			