

|                                                                                   |                                                      |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                          | FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05  |
|  | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS       | FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022 |
|  | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES                       | VERSIÓN: 08                  |
|                                                                                   | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI                     | PAGINA 1 DE 2                |

|                  |            |                 |                |                                                  |                   |
|------------------|------------|-----------------|----------------|--------------------------------------------------|-------------------|
| Fecha:           | 30/05/2023 |                 |                |                                                  |                   |
| TIPO DE CONTRATO | Suministro | TIPO DE PROCESO | Mínima cuantía | N° DE PROCESO EN EL SECOP II<br>/ TIENDA VIRTUAL | MC-254-2022-HOMIL |

| CONTRATO N° /<br>ORDEN DE COMPRA | OBJETO:                                                                                                                       | DATOS GENERALES DEL CONTRATO                    |                 |                                             |               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|---------------|
| CTO-276-2022                     | "SUMINISTRO DE<br>ESPUMA Y/O LIQUIDO<br>DETERGENTE<br>DESINFECTANTE DE<br>SUPERFICIES PARA EL<br>HOSPITAL MILITAR<br>CENTRAL" | Fecha de suscripción:                           |                 | 10/10/2022                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Valor inicial:                                  | \$              | 20.000.000,00                               |               |
|                                  |                                                                                                                               | VIGENCIA AÑO 2022                               | \$              | 20.000.000,00                               |               |
|                                  |                                                                                                                               | Adiciones (Si aplica) :                         | \$              | 10.000.000,00                               |               |
|                                  |                                                                                                                               | 1-                                              | \$              | 10.000.000,00                               |               |
|                                  |                                                                                                                               | 2-                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | 3-                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | 4-                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :      | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | 1-                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | 2.                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | 3-                                              |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | 4-                                              | \$              | -                                           |               |
|                                  |                                                                                                                               | Valor Total Contrato                            |                 | \$                                          | 30.000.000,00 |
|                                  |                                                                                                                               | COMPROMISO PRESUPUESTAL                         | SIIF            | N°CDP (SIIF).                               |               |
|                                  |                                                                                                                               |                                                 | 409422          | 89422                                       |               |
|                                  |                                                                                                                               |                                                 | Fecha:          | 20/09/2022                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Garantía Cumplimiento (Si aplica) :             |                 | 3804995284                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Aseguradora (Si aplica):                        |                 | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA           |               |
|                                  |                                                                                                                               | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): |                 | 30/11/2022                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Nombre del Supervisor y fecha de notificación:  |                 | Martha Consuelo Romero Torres<br>10/10/2022 |               |
|                                  |                                                                                                                               | Fecha de inicio de contrato                     |                 | 12/10/2022                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Plazo de ejecución                              | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION                        |               |
|                                  |                                                                                                                               |                                                 | 12/10/2022      | 30/06/2022                                  |               |
|                                  |                                                                                                                               | Vigencia del Contrato: 31/03/2023               |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | Prorrogas:                                      |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | 1-                                              |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | 2-                                              |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | 3-                                              |                 |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               | RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:                   |                 |                                             |               |
| NIT: 830126596                   |                                                                                                                               |                                                 |                 |                                             |               |
| HB SUPPLIER S.A.                 | Dirección: CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá                                                      |                                                 |                 |                                             |               |
|                                  | Teléfono: 6780040                                                                                                             |                                                 |                 |                                             |               |
|                                  | Cuenta Bancaria No. 372152482-79                                                                                              |                                                 |                 |                                             |               |
|                                  | Banco: BANCOLOMBIA                                                                                                            |                                                 |                 |                                             |               |
|                                  | Tipo de Cuenta:                                                                                                               | Ahorros                                         | Corriente       |                                             |               |
|                                  |                                                                                                                               |                                                 | X               |                                             |               |

FORMA DE PAGO: sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato.

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO  | GA-GECCO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | 08 |
|---------|---------------------------------------------|---------|----------------------|---------|----|
|         |                                             | Página: |                      | 2 DE 2  |    |

| Descripción de Bienes a Recibir                                                                             | Almacen que Ingresa             | No. Factura | Fecha | No. Relación de Soportes | Valor \$    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------|-------|--------------------------|-------------|
| "SUMINISTRO DE ESPUMA Y/O LIQUIDO DETERGENTE DESINFECTANTE DE SUPERFICIES PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | N/A         | N/A   | N/A                      | \$ -        |
| Total del mes                                                                                               |                                 |             |       |                          | \$ -        |
| Saldo del contrato                                                                                          |                                 |             |       |                          | \$ 8.000,00 |

|                                           |        |
|-------------------------------------------|--------|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | \$0,00 |
| VALOR EN LETRAS :                         | N/A    |

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales.

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS. |
|------------------------------------------------------------------------------|

| VIGENCIA    | VALOR TOTAL CONTRATO<br>(Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO       | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|
| AÑO 2022    | \$ 30.000.000,00                                              | \$ 29.992.000,00      | \$ 0,00                    | \$ 8.000,00                        |
| VALOR TOTAL | \$ 30.000.000,00                                              |                       | \$ 0,00                    | \$ 8.000,00                        |
|             | VALOR TOTAL CONTRATADO                                        | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO             | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES                         |
| NUMERO DE CEDULA: 51871493                                                                |
| FIRMA :  |

|                                |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|
| FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD: | FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR: |
|--------------------------------|-----------------------------|

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS                              | SI  | Nº FOLIOS |
|-----------------------------------------|-----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes | N/A | N/A       |
| Acta de supervisión y/o Factura         | X   | 1         |
| Pago de Seguridad Social                | X   | 1         |