

|                                                                                   |                                                      |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|
| 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: 06-02-2023 |
|  | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES                       | VERSIÓN: 09                  |
|                                                                                   | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI                     | PAGINA 1 DE 2                |

|                  |            |                 |    |                                               |             |
|------------------|------------|-----------------|----|-----------------------------------------------|-------------|
| Fecha:           | MARZO 2024 |                 |    |                                               |             |
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | LP | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL | LP/016/2023 |

| CONTRATO No.                                                                                                                                                                                           | OBJETO:           | DATOS GENERALES DEL CONTRATO                                             |                 |                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|--|
| 383/2023                                                                                                                                                                                               | MEDINISTROS S.A.S | Fecha de suscripción: 13/10/2023                                         |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Valor inicial:                                                           | \$              | 1.789.500.000,00             |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | VIGENCIA AÑO (Ej:2022)                                                   | \$              | 10.500.000,00                |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | VIGENCIA AÑO (Ej: 2021)                                                  | \$              | 655.000.000,00               |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | VIGENCIA AÑO                                                             | \$              | 724.000.000,00               |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | VIGENCIA AÑO                                                             | \$              | 400.000.000,00               |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | VIGENCIA AÑO                                                             |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Adiciones (Si aplica) :                                                  | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 1-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 2-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 3-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 4-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):                                | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 1-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 2-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 3-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 4-                                                                       | \$              | -                            |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Valor Total Contrato                                                     | \$              | 1.789.500.000,00             |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | COMPROMISO PRESUPUESTAL                                                  | SIIF            | N°C DP (SIIF).               |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                          | 342623          | 122523                       |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                          | Fecha:          | 24/10/2023                   |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Garantía Cumplimiento (Si aplica) :                                      |                 | N°. 2050823                  |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Aseguradora (Si aplica):                                                 |                 | JMALUCELLI TRAVELERS SEGUROS |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):                          |                 | 14/11/2023                   |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Nombre del Supervisor y fecha de notificación:                           |                 | SMSM RICARDO SILVA RUEDA     |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Fecha de inicio de contrato                                              |                 | 16/11/2023                   |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Plazo de ejecución                                                       | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION         |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                          | 16/11/2023      | 31/07/2026                   |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Vigencia del Contrato: SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS MESES MAS |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Prorrogas:                                                               |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 1-                                                                       |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 2-                                                                       |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | 3-                                                                       |                 |                              |  |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                          |                   | NIT/C.C.: 830.053.755-0                                                  |                 |                              |  |
| SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N° 4, LOTE N° 8 Y LOTE N° 9 |                   | Dirección: Calle 72 N° 22-42 OFC 301                                     |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Dirección:                                                               |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Cuenta Bancaria N°. 11302373401                                          |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Banco: BANCOLOMBIA                                                       |                 |                              |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   | Tipo de Cuenta:                                                          | Ahorros         | Corriente                    |  |
|                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                          |                 | X                            |  |

FORMA DE PAGO: PAGOS PARCIALES PREVIA SUPERVISION DENTRO DE LOS 90 DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION DE LOS BIENES OBJETO DEL CONTRATO PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIERO

|                                                                                                                                                                                       |                                             |             |                     |                          |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| FORMATO                                                                                                                                                                               | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO      | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN                  | 08                  |
|                                                                                                                                                                                       |                                             | Página:     |                     | 2 DE 2                   |                     |
| Descripción de Servicios a Recibir                                                                                                                                                    | Almacen que Ingres                          | No. Factura | Fecha               | No. Relación de Soportes | Valor \$            |
| SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 LOTES N° 4, 8 y 9 | FACRMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD              | N/A         | N/A                 | N/A                      | \$ -                |
|                                                                                                                                                                                       |                                             |             |                     |                          | \$ -                |
|                                                                                                                                                                                       |                                             |             |                     |                          | \$ -                |
| Total del mes                                                                                                                                                                         |                                             |             |                     |                          | \$ -                |
| Saldo del contrato                                                                                                                                                                    |                                             |             |                     |                          | \$ 1.726.368.867,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE                                                                                                                                             |                                             | \$0,00      |                     |                          |                     |
| VALOR EN LETRAS :                                                                                                                                                                     |                                             | N/A         |                     |                          |                     |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS : CERTIFICADO DE FECHA  
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):           |
| FACTURA MARZO 2024 SE ENCUENTRA EN PROCESO FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD |

| VIGENCIA    | VALOR TOTAL CONTRATO<br>(Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO       | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|
| AÑO 2023    | \$ 10.500.000,00                                              | \$ 10.500.000,00      | \$ 0,00                    | \$ 0,00                            |
| AÑO 2024    | \$ 655.000.000,00                                             | \$ 52.631.133,00      | \$ 0,00                    | \$ 602.368.867,00                  |
| AÑO 2025    | \$ 724.000.000,00                                             | \$ 0,00               | \$ 0,00                    | \$ 724.000.000,00                  |
| AÑO 2026    | \$ 400.000.000,00                                             | \$ 0,00               | \$ 0,00                    | \$ 400.000.000,00                  |
|             | \$ 0,00                                                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                    | \$ 0,00                            |
| VALOR TOTAL | \$ 1.789.500.000,00                                           | \$ 63.131.133,00      | \$ 0,00                    | \$ 1.726.368.867,00                |
|             | VALOR TOTAL CONTRATADO                                        | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO             | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACION GENERAL |             |               | SALUD   |       | PENSIÓN |       | RIESGOS PROFESIONALES |       |
|---------------------|-------------|---------------|---------|-------|---------|-------|-----------------------|-------|
| Entidad             | N° Planilla | Fecha de pago | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad               | Valor |
|                     |             |               |         |       |         |       |                       |       |

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM Ricardo silva Rueda                                |
| NUMERO DE CEDULA: 80.408.996                                                                |
| FIRMA :  |

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

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

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS                              | SI  | N° FOLIOS |
|-----------------------------------------|-----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes | N/A | N/A       |
| Acta de supervisión y/o Factura         | N/A | N/A       |
| Pago de Seguridad Social                | N/A | N/A       |