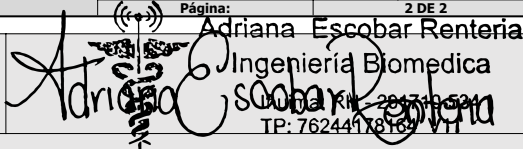


|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05                      |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS             |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       | FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024                     |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | MANUAL: CONTRATACIÓN                                       |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       | VERSIÓN: 10                                      |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES                          |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI                           |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       | PÁGINA 1 DE 2                                    |                                  |                      |                |             |               |
| Fecha:                                                                                                                                                                                              | 5/09/2024                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    | INFORME DE SUPERVISOR                                      |                    | X                                     |                                                           | TRÁMITE PARA PAGO                              |                                                                                       | MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME |                                  | agosto 2024          |                |             |               |
| No. de Contrato:                                                                                                                                                                                    | 117-2024                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                            |                    |                                       | VALOR                                                     |                                                | \$ 1.000.000                                                                          |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual                                                                                                                                                        | MC-120-2024-HOMIL                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Objeto                                                                                                                                                                                              | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS CON SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE REPUESTOS ACCESORIOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA EL CAPNÓGRAFO TRANSCUTÁNEO MARCA SENTEK EMPLEADO EN LA UCI PEDIÁTRICA Y UCI NEONATAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Nombre de Contratista                                                                                                                                                                               | CLINICAL SALES AND MARKETING INC CO SAS                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                            |                    |                                       | NIT/ CC                                                   |                                                | 901253170                                                                             |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Clase de Contrato                                                                                                                                                                                   | Prestación de servicios                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                            |                    |                                       | Modalidad de Contratación                                 |                                                | Mínima cuantía                                                                        |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Cuenta Bancaria No.                                                                                                                                                                                 | 535-001184                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                    | Banco:                                                     | BANCO DE OCCIDENTE |                                       | Tipo de Cuenta:                                           | Ahorros                                        |                                                                                       | Corriente                                        |                                  | X                    |                |             |               |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 3945436-4                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | Aseguradora (Si aplica): SURAMERICANA                      |                    |                                       | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 18/6/2024 |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| VIGENCIA                                                                                                                                                                                            | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | FECHA FACTURA                                                                         | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO              | ALMACÉN AL QUE INGRESA           | VALOR OBLIGACIÓN     |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.                                                                                                                                                                                                                  | FECHA                                                              | DINÁMICA No.                                               | FECHA              | Registro Presupuestal (RP) No.        | FECHA CRP                                                 |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| VIGENCIA AÑO 2024                                                                                                                                                                                   | 169524                                                                                                                                                                                                                                                                | 21/03/2024                                                         | 2187                                                       | 30/04/2024         | 217524                                | 30/04/2024                                                | N/A                                            | N/A                                                                                   | N/A                                              | N/A                              | N/A                  |                |             |               |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  | N/A                  |                |             |               |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| VIGENCIA                                                                                                                                                                                            | VR. CONTRATO (A)                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    | VR. ADICIÓN (B)                                            |                    | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C )     |                                                           | VR. EJECUTADO (D )                             |                                                                                       | SALDO CONTRATO (A+B-C-D)                         |                                  |                      |                |             |               |
| VIGENCIA AÑO 2024                                                                                                                                                                                   | \$1.000.000                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    | \$0                                                        |                    | \$0                                   |                                                           | \$0                                            |                                                                                       | \$1.000.000                                      |                                  |                      |                |             |               |
| TOTAL CONTRATO                                                                                                                                                                                      | \$1.000.000                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    | \$0                                                        |                    | \$0                                   |                                                           | \$0                                            |                                                                                       | \$1.000.000                                      |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           | Fecha de notificación: 19/6/2024               |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Plazo de ejecución                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                       | FECHA DE INICIO                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           | FECHA DE TERMINACIÓN                           |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 19/6/2024                                                          |                                                            |                    |                                       |                                                           | 30/11/2024                                     |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Vigencia del Contrato:                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                       | La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más. |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Prórrogas:                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                       | En tiempo                                                          |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1-                                                                 |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2-                                                                 |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-                                                                 |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 1: N/A                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| REPUESTO                                                                                                                                                                                            | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO                                                                                                                                                                                                                                  | MARCA                                                              | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO                                 | PLACA DEL EQUIPO   | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN          | FECHA DE INGRESO                                          | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)                    | ESTADO (Instalado/ existencias almacén)                                               | CANTIDAD                                         | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACIONES |
| N/A                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                   | N/A                                                                | N/A                                                        | N/A                | N/A                                   | N/A                                                       | N/A                                            | N/A                                                                                   | N/A                                              | N/A                              | N/A                  | N/A            | N/A         | N/A           |
| NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO                                                                                                                                                                              | SERIE                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLACA                                                              | ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO                          |                    | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO |                                                           | FECHA DE MANTENIMIENTO                         |                                                                                       | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO                      | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO       | OBSERVACIONES        |                |             |               |
| N/A                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                   | N/A                                                                | N/A                                                        |                    | N/A                                   |                                                           | N/A                                            |                                                                                       | N/A                                              | N/A                              | N/A                  | N/A            |             |               |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| 1. El equipo está operando según los parámetros establecidos por el fabricante.                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| 2. La hoja de vida del equipo se mantiene actualizada con los informes de mantenimiento que la empresa haga llegar al Área de Equipo Biomédico en caso de realizarse alguna intervención operativa. |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| 3. Durante el mes de agosto de 2024, no se ha registrado ningún movimiento presupuestal en el contrato.                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| INFORMACIÓN GENERAL                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| Entidad                                                                                                                                                                                             | Nº Planilla                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de pago                                                      | SALUD                                                      |                    | PENSIÓN                               |                                                           | RIESGOS PROFESIONALES                          |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | Entidad                                                    | Valor              | Entidad                               | Valor                                                     | Entidad                                        | Valor                                                                                 |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| N/A                                                                                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                   | N/A                                                                | N/A                                                        | N/A                | N/A                                   | N/A                                                       | N/A                                            | N/A                                                                                   | N/A                                              |                                  |                      |                |             |               |
| FORMATO                                                                                                                                                                                             | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  | CÓDIGO:                          | VERSIÓN 10           |                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  | Página:                          |                      | 2 DE 2         |             |               |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                            |                    |                                       | FIRMA                                                     |                                                |  |                                                  |                                  |                      |                |             |               |
| NÚMERO DE CÉDULA:                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.130.604.494                                                      |                                                            |                    |                                       |                                                           |                                                |                                                                                       |                                                  |                                  |                      |                |             |               |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

  
Elaboró: Jairo Nicolás Sandoval Báez  
Técnico de Soportes  
Área de Equipo Biomédico

| DOCUMENTOS                              | SI  | Nº 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       |