

|                                                                                   |                                                            |  |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                          | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO |  | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05  |
|  | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS             |  | FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 |
|                                                                                   | MANUAL: CONTRATACION                                       |  | VERSIÓN: 10                  |
|                                                                                   | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES                          |  |                              |
|                                                                                   | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI                           |  | PAGINA 1 DE 2                |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                                    |                                   |                                |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Fecha:                                       | 31/07/2025                                                                                                                                                                                                     | INFORME DE SUPERVISOR | X                                                                                  | TRAMITE PARA PAGO                 |                                | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | JULIO                                          |               |                                     |                        |                                 |                 |
| No. de Contrato:                             | CTO - 439/2023                                                                                                                                                                                                 |                       |                                                                                    | VALOR                             | \$                             | 616.454.000,00                                   |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
| Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | LP-023-2023-HOMIL                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                    |                                   |                                |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
| Objeto                                       | SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES QUE COMPONEN LA UNIDAD MÉDICA Y CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                       |                                                                                    |                                   |                                |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
| Nombre de Contratista                        | DINAMISMO MEDICO SAS                                                                                                                                                                                           |                       |                                                                                    | NIT/ CC                           | 900956113                      |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
| Clase de Contrato                            | SUMINISTROS                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                    | Modalidad de Contratación         | LICITACIÓN PÚBLICA             |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |
| Cuenta Bancaria No.                          | 24557920211                                                                                                                                                                                                    |                       | Banco:                                                                             | BANCOLOMBIA S.A.                  |                                | Tipo de Cuenta:                                  | Ahorros                                        |               | Corriente                           | X                      |                                 |                 |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) :          | 565-47-994000003186                                                                                                                                                                                            |                       | Aseguradora (Si aplica):                                                           | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA |                                | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):  |                                                | 20/12/2023    |                                     |                        |                                 |                 |
| VIGENCIA                                     | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL                                                                                                                                                                                       |                       |                                                                                    |                                   |                                |                                                  | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN                |                 |
|                                              | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.                                                                                                                                                           | FECHA                 | DINAMICA No.                                                                       | FECHA                             | Registro Presupuestal (RP) No. |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 | FECHA CRP       |
| VIGENCIA AÑO 2025                            | 15925                                                                                                                                                                                                          | 8/01/2025             | 159                                                                                | 8/01/2025                         | 13425                          |                                                  | 8/01/2025                                      | 019821        | 7/07/2025                           | ZF000000019624         | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | \$ 5.750.437,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO                   |                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                                    |                                   |                                |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 | \$ 5.750.437,00 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:           |                                                                                                                                                                                                                |                       | CINCO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE |                                   |                                |                                                  |                                                |               |                                     |                        |                                 |                 |

|                |                   |                 |                                  |                   |                          |
|----------------|-------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------|
| VIGENCIA       | VR. CONTRATO (A)  | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C) | VR. EJECUTADO (D) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
| AÑO 2023       | \$ 10.000.000,00  |                 |                                  | \$ 10.000.000,00  | \$ -                     |
| AÑO 2024       | \$ 225.000.000,00 |                 | \$ 80.047.980,00                 | \$ 144.952.020,00 | \$ -                     |
| AÑO 2025       | \$ 236.475.000,00 |                 | \$ 100.000.000,00                | \$ 91.669.024,00  | \$ 44.805.976,00         |
| AÑO 2026       | \$ 144.979.000,00 |                 |                                  |                   | \$ 144.979.000,00        |
| AÑO 2027       | \$ -              |                 |                                  | \$ -              | \$ -                     |
| TOTAL CONTRATO | \$ 616.454.000,00 | \$ -            | \$ 180.047.980,00                | \$ 246.621.044,00 | \$ 189.784.976,00        |

|                        |  |                           |  |                        |  |                      |  |
|------------------------|--|---------------------------|--|------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre del Supervisor  |  | LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ |  | Fecha de notificación: |  | 13/12/2023           |  |
| Plazo de ejecución     |  | FECHA DE INICIO           |  |                        |  | FECHA DE TERMINACION |  |
|                        |  | 21/12/2023                |  |                        |  | 31/07/2026           |  |
| Vigencia del Contrato: |  | 31/07/2026                |  |                        |  |                      |  |
| Prorrogas:             |  | En tiempo                 |  |                        |  |                      |  |
|                        |  | 1-                        |  |                        |  |                      |  |
|                        |  | 2-                        |  |                        |  |                      |  |
|                        |  | 3-                        |  |                        |  |                      |  |

**NOTA 1:** El contratista con el ingreso de las facturas aporte la certificación de los aportes parafiscales de fecha       JUNIO 2025       los parafiscales.

**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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE<br>INSTALA EL<br>REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE<br>SERIE DEL<br>EQUIPO | PLACA DEL<br>EQUIPO | NÚMERO<br>DE<br>ENTRADA<br>AL<br>ALMACEN | FECHA DE<br>INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI<br>APLICA) | ESTADO<br>(Instalado/<br>existencias<br>almacén) | CANTID<br>AD | NÚMERO DE<br>REPORTE DE<br>INSTALACIÓN | FECHA DE<br>INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR<br>TOTAL | OBSERVACI<br>ONES |
|----------|--------------------------------------------|-------|----------------------------------|---------------------|------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------|-------------------|
| 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 |       |       |                                   |     |     |                                       |     |     |     |                        |     |                             |                     |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-----|-----|---------------------------------------|-----|-----|-----|------------------------|-----|-----------------------------|---------------------|---------------|
| DESCRIPCION DEL EQUIPO                                                                                                           | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO |     |     | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO |     |     |     | FECHA DE MANTENIMIENTO |     | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL | 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           |
|                                                                                                                                  |       |       |                                   |     |     |                                       |     |     |     |                        |     |                             |                     |               |

|                                                                                                                                                       |                                             |               |         |       |         |         |                       |         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|---------|-------|---------|---------|-----------------------|---------|----|
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                        |                                             |               |         |       |         |         |                       |         |    |
| 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                                                                                                                                               | N° Planilla                                 | Fecha de pago | SALUD   |       | PENSIÓN |         | RIESGOS PROFESIONALES |         |    |
|                                                                                                                                                       |                                             |               | Entidad | Valor | Entidad | Valor   | Entidad               | Valor   |    |
|                                                                                                                                                       |                                             |               |         |       |         |         |                       |         |    |
| FORMATO                                                                                                                                               | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO |               |         |       |         | CODIGO: |                       | VERSIÓN | 10 |
|                                                                                                                                                       |                                             |               |         |       |         | Página: |                       | 2 DE 2  |    |

|                                     |            |                           |       |                                                                                       |
|-------------------------------------|------------|---------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: |            | Luz María Toloza González | FIRMA |  |
| NÚMERO DE CEDULA:                   | 39.648.310 |                           |       |                                                                                       |
| CELULAR :                           |            |                           |       | CORREO: ltoloza@homil.gov.co                                                          |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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