

|                                                                                   |                                                            |  |  |  |                              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------|---------------|
|  | 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:                                                                                                 | 30/09/2025                                                                                               | INFORME DE SUPERVISOR    | X                  | TRAMITE PARA PAGO                               |                                  | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | SEPTIEMBRE                                     |               |                                     |                                 |                  |
| No. de Contrato:                                                                                       | CTO - 088-2025                                                                                           |                          |                    | VALOR                                           | \$                               | 19.142.000,00                                    |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual                                                           | MC-082-2025-HOMIL                                                                                        |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| Objeto                                                                                                 | SUMINISTRO DE ELEMENTOS PARA MEDICIÓN TRANSCUTÁNEA DE CO2 O CAPNOGRAFÍA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| Nombre de Contratista                                                                                  | CLINICAL SALES AND MARKETING INC CO SAS                                                                  |                          |                    | NIT/ CC                                         | 901253170                        |                                                  |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| Clase de Contrato                                                                                      | SUMINISTROS                                                                                              |                          |                    | Modalidad de Contratación                       | SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA      |                                                  |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| Cuenta Bancaria No.                                                                                    | 535-001184                                                                                               | Banco:                   | Banco de Occidente |                                                 | Tipo de Cuenta:                  | Ahorros                                          | Corriente                                      | X             |                                     |                                 |                  |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) :                                                                    | 16579942                                                                                                 | Aseguradora (Si aplica): | SURA               | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): |                                  | 28/05/2025                                       |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| 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                                                                                      | 144425                                                                                                   | 26/02/2025               |                    |                                                 | 216925                           | 4/06/2025                                        | FE323                                          | 24/09/2025    | ZF000000021193                      | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | \$ 2.868.600,00  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO                                                                             |                                                                                                          |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  |                                                |               |                                     | \$ 2.868.600,00                 |                  |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE |                                                                                                          |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  |                                                |               |                                     |                                 |                  |
| VIGENCIA                                                                                               | VR. CONTRATO (A)                                                                                         |                          | VR. ADICION (B)    |                                                 | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C) |                                                  | VR. EJECUTADO (D )                             |               | SALDO CONTRATO (A+B-C-D)            |                                 |                  |
| VIGENCIA AÑO 2025                                                                                      | \$ 19.142.000,00                                                                                         |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  | \$ 17.179.800,00                               |               | \$ 1.962.200,00                     |                                 |                  |
| TOTAL CONTRATO                                                                                         | \$ 19.142.000,00                                                                                         |                          |                    |                                                 |                                  |                                                  |                                                |               | \$ 1.962.200,00                     |                                 |                  |

|                        |                           |  |  |                        |            |  |  |
|------------------------|---------------------------|--|--|------------------------|------------|--|--|
| Nombre del Supervisor  | LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ |  |  | Fecha de notificación: | 28/04/2025 |  |  |
| Plazo de ejecución     | FECHA DE INICIO           |  |  | FECHA DE TERMINACION   |            |  |  |
|                        | 9/06/2025                 |  |  | 30/12/2025             |            |  |  |
| Vigencia del Contrato: | 30/12/2025                |  |  |                        |            |  |  |
| Prorrogas:             | En tiempo                 |  |  |                        |            |  |  |
|                        | 1-                        |  |  |                        |            |  |  |
|                        | 2-                        |  |  |                        |            |  |  |
|                        | 3-                        |  |  |                        |            |  |  |

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporato la certificación de los aportes parafiscales de fecha \_\_\_\_SEPTIEMBRE 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 continuación:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado / existencias almacén) | CANTID AD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓ N | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVAC IONES |
|----------|--------------------------------------|-------|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------------------|-----------|-----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|----------------|
| 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            |

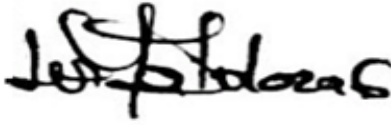
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

| 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 EQUIPO | OBSERVAC IONES |
|------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-----|-----|---------------------------------------|-----|-----|-----|------------------------|-----|-----------------------------|----------------------------|----------------|
| 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 |               |         |       |         |       | CÓDIGO:               |       | 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 | N° FOLIOS |
|-----------------------------------------|----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes |    |           |
| Acta de supervisión y/o Factura         |    |           |
| Pago de Seguridad Social                |    |           |