

|                                                                                   |                                                            |  |                              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------|
| 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:                                       | 30/04/2026                                                                                                                                                                                | INFORME DE SUPERVISOR | X                        | TRAMITE PARA PAGO         |                                | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | ABRIL                                          |                    |                                     |                          |                  |   |
| No. de Contrato:                             | CTO - 228-2025                                                                                                                                                                            |                       |                          | VALOR                     | \$                             | 10.176.000,00                                    |                                                |                    |                                     |                          |                  |   |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | MC-167-2025-HOMIL                                                                                                                                                                         |                       |                          |                           |                                |                                                  |                                                |                    |                                     |                          |                  |   |
| Objeto                                       | SUMINISTRO DE INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR, GINECOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR QUE COMPONEN LA SUBDIRECCIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. (LOTE 1). |                       |                          |                           |                                |                                                  |                                                |                    |                                     |                          |                  |   |
| Nombre de Contratista                        | WORLD MEDICAL                                                                                                                                                                             |                       |                          | NIT/ CC                   |                                | 830065332                                        |                                                |                    |                                     |                          |                  |   |
| Clase de Contrato                            | SUMINISTROS                                                                                                                                                                               |                       |                          | Modalidad de Contratación |                                | MINIMA CUANTIA                                   |                                                |                    |                                     |                          |                  |   |
| Cuenta Bancaria No.                          | 0560450769998904                                                                                                                                                                          |                       | Banco:                   | DAVIVIENDA                |                                | Tipo de Cuenta:                                  | Ahorros                                        |                    | Corriente                           | X                        |                  |   |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) :          | 33-44-101268008                                                                                                                                                                           |                       | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO        |                                | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):  |                                                | 7/10/2025          |                                     |                          |                  |   |
| 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 2026                            | 334225                                                                                                                                                                                    | 14/10/2025            | 250395                   |                           | 203225                         | 22/07/2025                                       | N/A                                            | N/A                | N/A                                 | N/A                      |                  |   |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO                   |                                                                                                                                                                                           |                       |                          |                           |                                |                                                  |                                                |                    |                                     |                          | \$               | - |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:           |                                                                                                                                                                                           |                       | CERO 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                            | \$ 10.176.000,00                                                                                                                                                                          |                       |                          |                           |                                |                                                  |                                                |                    |                                     | \$ 10.176.000,00         |                  |   |
| TOTAL CONTRATO                               | \$ 10.176.000,00                                                                                                                                                                          |                       |                          |                           |                                |                                                  |                                                |                    |                                     | \$ 10.176.000,00         |                  |   |

|                        |                           |  |  |                        |  |            |  |
|------------------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|------------|--|
| Nombre del Supervisor  | MARIA NELCY TORO QUINTERO |  |  | Fecha de notificación: |  | 31/01/2026 |  |
| Plazo de ejecución     | FECHA DE INICIO           |  |  | FECHA DE TERMINACION   |  |            |  |
|                        | 20/10/2025                |  |  | 31/05/2026             |  |            |  |
| Vigencia del Contrato: | 31/05/2026                |  |  |                        |  |            |  |
| Prorrogas:             | 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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| 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) | 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

| 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           |

OBSERVACIONES: NO HUBO MOVIMIENTO EN EL MES

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: | MARIA NELCY TORO QUINTERO  | FIRMA |  |
| NÚMERO DE CEDULA:                   | 52.277.745                 |       |                                                                                       |
| CELULAR :                           | CORREO: mtoro@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                |    |           |