



Fecha:	24/04/2026
--------	------------

No. de Contrato:	119-2025	<u>VALOR</u>	\$ 246.187.800
-------------------------	-----------------	---------------------	-----------------------

N° de Proceso en el	SI-008-2025-HOMIL
---------------------	-------------------

Objeto	SUMINISTRO DE INSUMOS PARA LA ELABORACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES EN LA CENTRAL DE ADECUACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
--------	---

Nombre de Contratista	INTERCOMERCIAL MEDICA S.A.S.	NIT/ CC	830.501.223-7
-----------------------	------------------------------	---------	---------------

Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	Selección abreviada subasta inversa
-------------------	------------	---------------------------	-------------------------------------

Cuenta Bancaria No.	025878208	Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
---------------------	-----------	--------	--------------------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	X	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	20/06/2025
------------------------------------	---	--------------------------	--------------------	---	------------

[illegible]

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$	34.182.080,00
----------------------------	----	---------------

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	Treinta y cuatro millones ciento ochenta y dos mil ochenta pesos
---	--

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	\$ 246.187.800	\$ 34.000.000	\$ -	\$ 279.633.670	\$ 554.130
TOTAL CONTRATO	\$ 246.187.800,00	\$ 34.000.000,00	\$ -	\$ 279.633.670,00	\$ 554.130,00

Nombre del Supervisor EDIER VALDERRAMA LUGO	Fecha de notificación:	22/08/2025
--	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	9/07/2025	30/12/2025

Vigencia del Contrato:	2025
-------------------------------	-------------

Prorrogas: SI	En tiempo 4 MESES
	1-01/01/2026 A 30/04/2026
	2-N/A
	3-N/A

NOTA 1: Se Verifica pago la certificación de pago de Parafiscales EPS y Pensión del mes de ABRIL de 2026 presentado por el contratista, firmada por la Representante Legal Lelys Mireya Morales Rodríguez, Mises Sanchez Ibañez TP 52331-T y Jesus Efen Valencia Cáceres TP 14333-7 con fecha 07/04/2026, en mi condición de supervisor del contrato, verifico que la empresa contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ABRIL de 2026; así mismo certifico se recibió los bienes contratados, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto contractual y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

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:

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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		
N/A	N/A	N/A	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:		VERSIÓN	10
						Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: EDIER VALDERRAMA LUGO

NÚMERO DE CEDULA:

82390319

FIRMA



CELULAR : 57 601 3486868 EXT. 3246

CORREO: evalderrama@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	6
Pago de Seguridad Social	X	1