

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:	31/08/2024		INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE					
No. de Contrato:	377/2023					VALOR	\$		69.200.000,00					
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-017-2023-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS COLECTADAS Y LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INMUNOSEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA PARA DONANTES Y PACIENTES ATENDIDOS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 (LOTE N°4 - CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARA EL ÁREA DE INMUNOSEROLOGÍA)".													
Nombre de Contratista	LABCARE DE COLOMBIA SAS					NIT/ CC	830056202							
Clase de Contrato	SUMINISTRO					Modalidad de Contratación	Licitación pública							
Cuenta Bancaria No.	035056688		Banco:	BANCO DE BOGOTA S. A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3769197-4		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3/11/2023							
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	AÑO 2024	14724	5/01/2024			14724	19/10/2023	N/A	N/A	N/A	FTS			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$		-		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
AÑO 2023	\$ 200.000,00						\$ 200.000,00		\$ -					
AÑO 2024	\$ 27.000.000,00						\$ 18.864.430,00		\$ 8.135.570,00					
AÑO 2025	\$ 30.000.000,00						\$ -		\$ 30.000.000,00					
AÑO 2026	\$ 12.000.000,00						\$ -		\$ 12.000.000,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 69.200.000,00		\$ -		\$ -		\$ 19.064.430,00		\$ 50.135.570,00					
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 04/07/2024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 8/11/2023					FECHA DE TERMINACION 31/07/2026							
Vigencia del Contrato:		31/07/2026												
Prorrogas:		En tiempo 1- 2- 3-												
NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales. . 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 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 / existencia s almacén)	CANTIDA D	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 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: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS.														
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						
FORMATO									CODIGO:		VERSIÓN	10		
									Página:		2 DE 2			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:		JANNETHE NOVOA CUCARIAN				FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444														
CELULAR :						CORREO: jnovoa@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		