

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:	30/09/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O	jul-24					
No. de Contrato:	394/2023			VALOR	\$ 124.005.972,00							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-018-2023-HOMIL											
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 27. CALIDAD EXTERNO INMUNOLOGIA ESPECIAL"											
Nombre de Contratista	BYO COLOMBIA SAS			NIT/ CC	900863463							
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública							
Cuenta Bancaria No.	20200000808	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	I-100027884	Aseguradora (Si aplica):	Seguros Mundial	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		17/11/2023						
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	15324	5/01/2024			15324	5/01/2024	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	\$ 21.508.570,00						\$ 21.508.570,00		\$ -		
AÑO 2024	\$ 39.783.750,00						\$ 6.349.245,00		\$ 33.434.505,00		
AÑO 2025	\$ 40.977.263,00						\$ -		\$ 40.977.263,00		
AÑO 2026	\$ 21.736.389,00						\$ -		\$ 21.736.389,00		
TOTAL CONTRATO	\$ 124.005.972,00		\$ -		\$ -		\$ 27.857.815,00		\$ 96.148.157,00		

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN								Fecha de notificación: 04/07/2024						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO 20/11/2023					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										INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO		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		