

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:	30/04/2025		INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE				
No. de Contrato:	503/2023				VALOR	\$ 147.604.843,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-101-2023-HOMIL											
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE No. 3 ALERGENOS TAMIZAJE"											
Nombre de Contratista	BYO COLOMBIA SAS				NIT/ CC		900863463					
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación		Selección Abreviada de Menor Cuantia sin Manifestacion de Interés					
Cuenta Bancaria No.	20200000808		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	I-100029412		Aseguradora (Si aplica):	Seguros Mundial		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		4/01/2023				
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 2025	19625	8/01/2025	196	8/01/2025	17125	8/01/2025	BYOC1567	10/04/2025	ZF000000018187	FTS	\$ 5.427.872,00	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 5.427.872,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	\$ 3.800.000,00			\$ 3.800.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 46.149.150,00	\$ 24.907.857,00		\$ 71.057.007,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 47.533.625,00			\$ 21.871.137,00	\$ 25.662.488,00
AÑO 2026	\$ 25.214.211,00			\$ -	\$ 25.214.211,00
TOTAL CONTRATO	\$ 122.696.986,00	\$ 24.907.857,00	\$ -	\$ 96.728.144,00	\$ 50.876.699,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	04/07/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	12/01/2024		7/07/2026
Vigencia del Contrato:	12/01/2027		
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

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	
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:	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		