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:	31/08/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	
No. de Contrato:	503/2023			**VALOR**	**$**	**183.604.843,00**	
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	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					
AÑO 2025	**19625**	**8/01/2025**	**196**	**8/01/2025**	**17125**	**8/01/2025**	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	**$ 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**	**$ 36.000.000,00**		**$ 43.582.625,00**	**$ 39.951.000,00**
AÑO 2026	**$ 25.214.211,00**			$ -	**$ 25.214.211,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 122.696.986,00**	**$ 60.907.857,00**	**$ -**	**$ 118.439.632,00**	**$ 65.165.211,00**

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN	**Fecha de notificación: 03/07/2025**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	**12/01/2024**	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	**31/01/2027**	
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 / 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 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:	**SE REALIZA ADICION POR VALOR DE $36,000,000 EL DIA 14 AGOSTO 2025, 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	
			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		