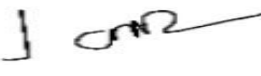


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	30/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE 2025							
No. de Contrato:	395/2023			VALOR	\$ 3.783.457.504,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-014-2023-HOMIL													
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 19. AGARES MICROBIOLOGÍA, LOTE No. 21 IDENTIFICACION Y SUSCEPTIBILIDAD DE MICROORGANISMOS, LOTE No. 22 HEMOCULTIVOS y LOTE No. 24 MOLECULAR PARA MICROORGANISMOS"													
Nombre de Contratista	BIOMERIEUX COLOMBIA S.A.S			NIT/ CC	830023844									
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública									
Cuenta Bancaria No.	0833011240		Banco:	BBVA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101211199		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	16/11/2023							
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	11625	8/01/2025	116	8/01/2025	9125	8/01/2025	FE101472	11/11/2025	ZF000000022328	FTS	\$ 123.698.526,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 123.698.526,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		CIENTO VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTISEIS 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	\$ 100.560.490,00							\$ 100.560.490,00		\$ -				
AÑO 2024	\$ 1.623.827.251,00					\$ 500.000.000,00		\$ 1.123.827.251,00		\$ -				
AÑO 2025	\$ 1.671.869.822,00							\$ 1.326.179.216,00		\$ 345.690.606,00				
AÑO 2026	\$ 887.199.941,00							\$ -		\$ 887.199.941,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 4.283.457.504,00		\$ -			\$ 500.000.000,00		\$ 2.550.566.957,00		\$ 1.232.890.547,00				
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN														
Fecha de notificación: 03/07/2025														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		17/11/2023						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)	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:														
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		