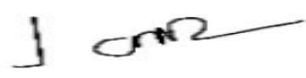


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PAGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	31/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	MARZO 2026							
No. de Contrato:	502/2023			VALOR	\$ 791.125.293,00									
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. 2 COAGULACION Y AGREGACIÓN PLAQUETARIA"													
Nombre de Contratista	INTERLAB COLOMBIA SAS			NIT/ CC		900542229								
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación		Selección Abreviada								
Cuenta Bancaria No.	0358003267		Banco:	BANCO BBVA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CSC - 100040008		Aseguradora (Si aplica):	MUNDIAL DE SEGUROS SA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		28/12/2023						
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 2026	17026	6/01/2026	250562		17026	6/01/2026	IC2705	12/03/2026	ZG0000000024605	FTS	\$ 29.096.568,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 29.096.568,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		VEINTINUEVE MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO 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	\$ 4.400.000,00							\$ 4.400.000,00		\$ -				
AÑO 2024	\$ 247.102.774,00		\$ 30.195.850,00			\$ 97.124,00		\$ 277.201.500,00		\$ -				
AÑO 2025	\$ 254.515.857,00		\$ 120.000.000,00					\$ 374.515.857,00		\$ -				
AÑO 2026	\$ 135.007.936,00							\$ 82.475.779,00		\$ 52.532.157,00				
TOTAL CONTRATO	\$ 641.026.567,00		\$ 150.195.850,00			\$ 97.124,00		\$ 738.593.136,00		\$ 52.532.157,00				
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 03/07/2025								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION							
			3/01/2024				31/07/2026							
Vigencia del Contrato:			3/01/2027											
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	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									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														