HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

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:	392/2023			**VALOR**	**$ 417.610.884,00**		
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. 9. VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN y LOTE No. 26. CONTROL EXTERNO LABORATORIO CLINICO"						
Nombre de Contratista	LABCARE DE COLOMBIA SAS			**NIT/ CC**	**830056202**		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**Licitación pública**		

Cuenta Bancaria No.	**035056688**	**Banco:**	**BANCO DE BOGOTA S. A.**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**11-44-101211304**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**16/11/2023**				

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
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	**4526**	**6/01/2026**	**250377**		**4526**	**6/01/2026**	FEV72662	23/02/2026	ZG000000024309	FTS	**$ 3.614.804,00**
							FEV72658	23/02/2026	ZG000000024317	FTS	**$ 14.962.002,00**
							FEV73250	11/03/2026	ZG000000024554	FTS	**$ 3.614.802,00**
							FEV73251	11/03/2026	ZG000000024612	FTS	**$ 28.729.121,00**
							FEV73358	13/03/2026	ZG000000024860	FTS	**$ 7.903.991,00**
							FEV73819	27/03/2026	ZG000000024871	FTS	**$ 3.554.606,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 62.379.326,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**SESENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS 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	**$ 4.884.493,00**			**$ 4.884.493,00**	**$ -**
AÑO 2024	**$ 142.817.509,00**	**$ 17.776.573,00**		**$ 160.594.082,00**	**$ -**
AÑO 2025	**$ 147.102.034,00**	**$ 27.000.000,00**		**$ 174.102.034,00**	**$ -**
AÑO 2026	**$ 78.030.275,00**			**$ 66.385.873,00**	**$ 11.644.402,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 372.834.311,00**	**$ 44.776.573,00**	**$ -**	**$ 405.966.482,00**	**$ 11.644.402,00**

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)**	**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

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		