

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:	31/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO 2026
--------	------------	-----------------------	---	-------------------	--	--	-----------

No. de Contrato:	377/2023	VALOR	\$	69.200.000,00
------------------	----------	-------	----	---------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP 017-2023-HOMIL			
--	-------------------	--	--	--

Objeto	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS COLECTADAS Y LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INMUNOSEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA PARA DONANTES Y PACIENTES ATENDIDOS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 (LOTE N°4 - CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARA EL ÁREA DE INMUNOSEROLOGÍA)".										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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) :	3769197-4	Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3/11/2023				
-------------------------------------	-----------	--------------------------	--------------	--	---	-----------	--	--	--	--

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 2026	3826	6/01/2026	250376		3826	6/01/2026	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	\$ 200.000,00			\$ 200.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 27.000.000,00			\$ 27.000.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 30.000.000,00			\$ 25.606.549,00	\$ 4.393.451,00
AÑO 2026	\$ 12.000.000,00			\$ -	\$ 12.000.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 69.200.000,00	\$ -	\$ -	\$ 52.806.549,00	\$ 16.393.451,00

z		Fecha de notificación: 03/07/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	
	8/11/2023	
Vigencia del Contrato:	FECHA DE TERMINACION	
	31/07/2026	
Prorrogas:	31/01/2027	
	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:	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
N/A	N/A	N/A					
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:	VERSIÓN
						Página:	10
							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		