

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:	30/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO 2026
No. de Contrato:	375/2023			VALOR	\$	703.942.500,00

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 INMUNHEMATOLOGÍA 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 8 - DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES)".
--------	---

Nombre de Contratista	HB SUPPLIER S.A.	NIT/ CC	830126596
-----------------------	------------------	---------	-----------

Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	LICITACION PUBLICA
-------------------	------------	---------------------------	--------------------

Cuenta Bancaria No.	37215248279	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
---------------------	-------------	--------	------------------	-----------------	---------	-----------	---

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	340 47 994000049223	Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	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 ALMACEN 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	2026	6/1/2026	250413		2026	6/1/2026	HBFE10433	17/6/2026	ZG000000026280	FTS	\$ 17.049.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 17.049.600,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DIECISIETE MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS 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	\$ 4.000.000,00			\$ 4.000.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 320.000.000,00		\$ 40.057.500,00	\$ 279.942.500,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 350.000.000,00		\$ 120.000.000,00	\$ 230.000.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 190.000.000,00	\$ 165.428.050,00		\$ 159.194.794,00	\$ 196.233.256,00
TOTAL CONTRATO	\$ 864.000.000,00	\$ 165.428.050,00	\$ 160.057.500,00	\$ 673.137.294,00	\$ 196.233.256,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	01/07/2026
-----------------------	-------------------------	------------------------	------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	8/11/2023	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	31/1/2027	
Prorrogas:	En tiempo	
	1- 30/11/2026	
	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.

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 detallada el cuadro relacionado a continuación:

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 o existencia s almacen)	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

OBSERVACIONES: SE REALIZA ADICION POR VALOR \$165428050 Y SE PRORROGA HASTA EL 30 NOVIEMBRE 2026 , EL DIA 11 JUNIO 2026, 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		
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		