

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	PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JUNIO 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 INMUNOHISTOPATOLOGÍA PARA DONANTES Y PACIENTES ATENDIDOS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, DE LAS VICENCIAS 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 BOGOTÁ 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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	3826	6/1/2026	250376		3826	6/1/2026	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: 01/07/2026													
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 8/11/2023 FECHA DE TERMINACION 31/7/2026													
Vigencia del Contrato:	31/1/2027													
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 reacionado 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 (Instalad o/ existencia e 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	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		
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			
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		
Page de Seguridad Social		