

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:	378/2023			VALOR	\$ 1.511.200.000,00	

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-017-2023-HQMIL					
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°1 - REACTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS SEROLÓGICAS DE LOS DONANTES DE SANGRE Y AFÉRESIS)" "					

Nombre de Contratista	ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A.S			NIT/ CC	860002134	
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública	

Cuenta Bancaria No.	5019466029	Banco:	Citibank Colombia S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.13054197	Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	30/11/2023			

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	2926	6/1/2026	250440		2926	6/1/2026	1696822453	16/6/2026	ZG000000026241	FTS	\$ 12.919.200,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 12.919.200,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	DOCE MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS 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	\$ 4.200.000,00			\$ 4.200.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 400.000.000,00	\$ 35.000.000,00		\$ 435.000.000,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 430.000.000,00	\$ 70.000.000,00		\$ 500.000.000,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 210.000.000,00	\$ 362.000.000,00		\$ 208.147.096,00	\$ 363.852.904,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.044.200.000,00	\$ 467.000.000,00	\$ -	\$ 1.147.347.096,00	\$ 363.852.904,00

Nombre del Supervisor	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	Fecha de notificación:	01/07/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	1/12/2023		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. 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.

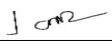
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuación:

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 (Instalad o/ 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: SE REALIZA ADICION POR VALOR DE \$362.000.000 Y SE PRORROGA HASTA EL 30 NOVIEMBRE 2026, EL DIA 17 DE JUNIO 2026

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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		