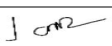


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	31/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO 2026							
No. de Contrato:	378/2023			VALOR	\$ 1.511.200.000,00									
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 SANGUÍNEOS, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS COLECTADAS Y LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INMUNOSEROLOGÍA E INMUNOHISTOCITOLOGÍA 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	1696842183	1/7/2026	ZG000000026601	FTS	\$ 72.587.000,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 72.587.000,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL 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				\$ 280.734.096,00		\$ 291.265.904,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 1.044.200.000,00		\$ 467.000.000,00		\$ -		\$ 1.219.934.096,00		\$ 291.265.904,00					
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 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 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	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						
N/A	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		