

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:	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:	505/2023			VALOR	\$ 338.924.217,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-101-2023-HOMIL										
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 ELECTROLITOS EN SUDOR Y COLORACION AUTOMATIZADA"										
Nombre de Contratista	VELEZLAB SAS			NIT/ CC	860503326						
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Selección Abreviada						
Cuenta Bancaria No.	66133535619	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	3814630-5	Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	4/1/2024					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
AÑO 2025	15626	6/1/2026	250484		15626	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	\$ 1.650.000,00			\$ 1.650.000,00	\$ -
AÑO 2024	\$ 109.951.184,00			\$ 109.951.184,00	\$ -
AÑO 2025	\$ 113.249.719,00			\$ 113.249.719,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 60.073.314,00	\$ 54.000.000,00		\$ 14.489.076,00	\$ 99.584.238,00
TOTAL CONTRATO	\$ 284.924.217,00	\$ 54.000.000,00	\$ -	\$ 239.339.979,00	\$ 99.584.238,00

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN				Fecha de notificación: 01/07/2026										
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION									
	3/1/2024				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

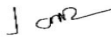
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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

OBSERVACIONES: SE REALIZA ADICION POR VALOR DE \$54.000.000 Y SE PRORROGA HASTA EL 30 NOVIEMBRE 2026, EL DIA 28 JULIO 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		