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:	31/8/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO 2026
No. de Contrato:	229/2024			VALOR	$ 1.310.583.160,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-006-2024-HOMIL						
Objeto	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS PARA LA RECOLECCIÓN DE SANGRE TOTAL Y REALIZACIÓN DE AFÉRESIS DE PLAQUETAS DE LOS DONANTES ACEPTADOS EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 1 - DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE SANGRE Y AFÉRESIS DE PLAQUETAS."						
Nombre de Contratista	FRESENIUS KABI COLOMBIA S A S			NIT/ CC	900.402.080-1		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	Licitación pública		

Cuenta Bancaria No.	401603436	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	18-44-101099003	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):	10/7/2024			

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	15826	6/1/2026	250544		15826	6/1/2026	FV233252	3/8/2026	ZG000000027198	FTS	$ 36.905.004,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 36.905.004,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	TREINTA Y SESIS MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL CUATRO 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 2024	$ 262.623.166,00		$ 20.000.000,00	$ 242.623.166,00	$ -
AÑO 2025	$ 556.302.346,00			$ 556.302.346,00	$ -
AÑO 2026	$ 287.057.648,00	$ 224.600.000,00		$ 216.653.984,00	$ 295.003.664,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.105.983.160,00	$ 224.600.000,00	$ 20.000.000,00	$ 1.015.579.496,00	$ 295.003.664,00

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN		Fecha de notificación: 01/07/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	11/7/2024	31/7/2026
Vigencia del Contrato:	30/1/2027	
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 realcionado 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 (Instalado/ existencias 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

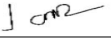
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A						

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		