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:	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 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	1696854939DEV	26/08/2026	ZG000000027719	FTS	$ 46.551.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 46.551.600,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUARENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS 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		$ 327.285.696,00	$ 244.714.304,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.044.200.000,00	$ 467.000.000,00	$ -	$ 1.266.485.696,00	$ 244.714.304,00

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 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

OBSERVACIONES:	LA FACTURA DE ESTA ENTRADA SE REINGRESA PORQUE EN LA ENTRADA No ZG27662 OBLIGACION No 17711 QUE FUE ANULADA SE INGRESO CON ERROR DE CODIGO

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		