HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	15/05/2024				
TIPO DE CONTRATO	Suministro	**TIPO DE PROCESO**	Minima Cuantía	**N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL**	MC-107-2024-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
085-2024	SUMINISTRO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA LAS ÁREAS DE INMUNOSEROLOGÍA, INMUNOHEMATOLOGÍA Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		10/04/2024
		Valor inicial:	$	9.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	$	9.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	9.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			171624	208024
			27/03/2024	22/04/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	6346101005253	
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	24/04/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	Gloria Neira Silva 25/04/2024	
		Fecha de inicio de contrato	25/04/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			25/04/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato:	30/06/2025	
		Prorrogas:	En tiempo	
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:8350501640		
QUIK QUALITY IS THE KEY S.A.S		Dirección: Calle 63C No. 35-13		
		Teléfono: 6012229151		
		Cuenta Bancaria No. 10165140007		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: Noventa días

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA LAS ÁREAS DE INMUNOSEROLOGÍA, INMUNOHEMATOLOGÍA Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL DEL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	N/A	N/A	N/A	N/A	$ -
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 9.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales mediante certificación firmada por el revisor fiscal.
En mi condición de supervisor del contrato, adjunto documento del revisor fiscal donde el certifica que el contratista efectuó el pago de los aportes al sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones, caja de compensación y demas pagos de aportes del sistema de salud.
DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): En el mes de abril del 2024 no se presento movimiento en el contrato.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sea requeridos durante las actividades.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 9.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 9.000.000,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 9.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 9.000.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Gloria Neira Silva

NUMERO DE CEDULA: 37887474

FIRMA : Gloria Neira S.

Firma Enterado Jefe de Unidad Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Firma Enterado Subdirector Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

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		