| 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: | 9/07/2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 junio 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 | | |