HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

FECHA	6/08/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO

No. de Contrato:	085-2024	**VALOR**	**$ 9.000.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-107-2024-HOMIL		
Objeto	Suministro del control de calidad externo para las áreas de inmunohematología, inmunoserología y servicio de gestión pretransfusional del banco de sangre del Hospital Militar Central.		
Nombre de Contratista	QUIK QUALITY IS THE KEY S.A.S	**NIT/ CC**	**8350501640**
Clase de Contrato	Suministro.	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantia

Cuenta Bancaria No.	10165140007	Banco:	BanColombia	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 6346101005253 | **Aseguradora (Si aplica):** Seguros del Estado | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 24/04/2024

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					
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	171624	27/03/2024	2089	22/04/2024	208024	22/04/2024	FE 9226	24/06/2024	ZE000000012050	FTS	$ 2.805.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 2.805.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL PESOS.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2024	$ 9.000.000,00	16379400		$ 2.805.000,00	$ 6.195.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 9.000.000,00**	$ 16.379.400,00	$ -	**$ 2.805.000,00**	**$ 6.195.000,00**

Nombre del Supervisor: Gloria Neira Silva | **Fecha de notificación:25/04/2024**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	25/04/2024	31/12/2024
Vigencia del Contrato:	plazo de ejecución y seis (06) meses más.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales, de los ultimos seis meses mediante certitificación expedida por revisor fiscal con fecha 14 de junio del 2024 el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.
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:

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: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

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

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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			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: Gloria Neira Silva	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA:	37887474	
CELULAR : extensión 5375/5376	CORREO: gneira@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	x	2
Pago de Seguridad Social	x	1