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:	31/07/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE	JULIO
No. de Contrato:	485-2023			VALOR	$ 1.151.745.539,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-024-2023-HOMIL						
Objeto	"SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS E INSUMOS QUIRURGICOS CON APOYO TECNOLOGICO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL" DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 LOTE 5						
Nombre de Contratista	QNA MEDICAL SAS			NIT/ CC	900691119		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	48746558105	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	157901	Asegurador a (Si aplica):	Segurexpo S.A. Compañía de Seguros.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2023		

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 2024	88824	9/01/2024			88824	9/01/2024	FEGB23581	5/07/2024	14759	FTS	$ 385.920,00
							FEGB23579	5/07/2024	15041	FTS	$ 385.920,00
							FEGB23580	5/07/2024	15045	FTS	$ 385.920,00
							FEGB23582	5/07/2024	15050	FTS	$ 4.991.232,00
							FEGB23762	11/07/2024	15266	FTS	$ 385.920,00
							FEGB23789	12/07/2024	15311	FTS	$ 4.015.712,00
							FEGB23865	16/07/2024	15462	FTS	$ 385.920,00
							FEB23970	22/07/2024	15890	FTS	$ 4.562.432,00
							FEGB24053	24/07/2024	16463	FTS	$ 4.015.712,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 19.514.688,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Diecinueve millones quinientos catorce mil seiscientos ochenta y ocho pesos.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR EJECUTADO	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2023)	$ 1.960.000,00			$ 1.960.000,00	$ 0,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2024)	$ 428.628.480,00			$ 55.620.992,00	$ 373.007.488,00
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	$ 450.488.532,48				$ 450.488.532,48
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)	$ 270.668.526,52				$ 270.668.526,52
TOTAL CONTRATO	$ 1.151.745.539,00	$ -	$ -	$ 57.580.992,00	$ 1.094.164.547,00

Nombre del Supervisor SMSM JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA	Fecha de notificación: 23/12/2023

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	4/01/2024	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	: La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales JUNIO correspondiente al mes de JUNIO **2024** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, 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:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	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

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	

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA

NÚMERO DE CEDULA: 79156612

CELULAR : CORREO: josanchez@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	
Pago de Seguridad Social		