| 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:** | 31/12/2024 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE** | |
| **No. de Contrato:** | 390/2023 | | | **VALOR** | **$ 899.601.535,00** | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | **LP-014-2023-HOMIL** | | | | | | |
| **Objeto** | " SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 13. BIOLOGIA MOLECULAR HLA" | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | BIOSCIENCES SAS | | | **NIT/ CC** | **900222640** | | |
| **Clase de Contrato** | SUMINISTRO | | | **Modalidad de Contratación** | **Licitación pública** | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **58942721431** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA S.A.** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **156261** | **Aseguradora (Si aplica):** | **SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A.** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **9/11/2023** | | | | |

| **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 2024** | **15424** | **5/01/2024** | | | **15424** | **5/01/2024** | FV16871 | 4/12/2024 | ZE000000015809 | FTS | $ 37.058.000,00 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 37.058.000,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** **TREINTA Y SIETE MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL 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** | **$ 17.456.593,00** | | | $ 17.456.593,00 | $ - |
| **AÑO 2024** | **$ 240.130.153,00** | $ 263.482.380,00 | | $ 500.243.667,00 | $ 3.368.866,00 |
| **AÑO 2025** | **$ 247.334.058,00** | | | $ - | $ 247.334.058,00 |
| **AÑO 2026** | **$ 131.198.351,00** | | | $ - | $ 131.198.351,00 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 636.119.155,00** | **$ 263.482.380,00** | **$ -** | **$ 517.700.260,00** | **$ 381.901.275,00** |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN** | | **Fecha de notificación: 04/07/2024** |
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **23/10/2023** | **31/07/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | **31/07/2026** | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **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 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| | | | | | | | | | | | | | | |

**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** |
| 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 | | |