HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CODIGO: 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

Fecha:	30/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	CONTRATO 500-2023	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	30/12/2024
No. de Contrato:	CONTRATO 500-2023			VALOR	$		76.598.305,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-100-2023-HOMIL						
Objeto	SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO, AUTOPSIAS, ESTUDIOS MOLECULARES Y GENÉTICA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 CONTROL DE CALIDAD						
Nombre de Contratista	QUIK SAS			NIT/ CC	830501640		
Clase de Contrato	Selección Abreviada			Modalidad de Contratación	Suministros		
Cuenta Bancaria No.	101-651400-07	Banco:	Bancolombia	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CUMPLIMIENTO: 63-44-101015056	Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 28/12/2023					

	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL										
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2024:	91724	18/04/2024			483423	18/04/2024	FE9911	25/11/2024	ZE000000016063	FTS	$ 5.430.549
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 5.430.549,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS.											

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	$ 2.488.640,00	$ -	$ -	$ 2.488.640,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2024	$ 28.944.000,00	$ -	$ -	$ 11.120.485,00	$ 17.823.515,00
VIGENCIA AÑO 2025	$ 29.812.320,00				$ 29.812.320,00
VIGENCIA AÑO 2026	$ 15.353.345,00				$ 15.353.345,00
TOTAL CONTRATO	$ 76.598.305,00	$ -	$ -	$ 11.120.485,00	$ 62.989.180,00

Nombre del Supervisor JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA		Fecha de notificación: 06/09/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	3/01/2024	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/07/2026	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: 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

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTOS DE INSUMOS.

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: JULIAN ANDRES BARRETO PLAZA	FIRMA	Julian Andres Barreto
NÚMERO DE CEDULA: 1083870504		
CELULAR : 3164348402	CORREO: jbarreto@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		