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:	393/2023			**VALOR**	**$**	**4.118.788.450,00**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**LP-018-2023-HOMIL**						
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 2. GASES ARTERIALES, LOTE No. 3. HEMATOLOGIA, LOTE No. 5. VISCOELASTICIDAD, LOTE No. 6. PRUEBAS RAPIDAS, LOTE No. 7. PRUEBAS INMUNOLOGICAS, LOTE No. 8. FUNCION RENAL, LOTE No. 15. INMUNOFLUORESCENCI A INDIRECTA, LOTE No. 20. MEDIOS DE CULTIVO Y TRANSPORTE Y LOTE No. 30. INSUMOS Y COLORANTES"						
Nombre de Contratista	QUINBERLAB S.A.S			**NIT/ CC**		**800005736**	
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**		**Licitación pública**	
Cuenta Bancaria No.	**013367099**	**Banco:**	**ITAU CORPBANCA COLOMBIA S A**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** **X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**NB-100292650**	**Aseguradora (Si aplica):**	**COMPAÑIA SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**15/11/2023**		

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**
AÑO 2024	**15924**	**5/01/2024**			**15924**	**5/01/2024**	24C275645	15/11/2024	ZE000000015521	FTS	$ 94.231.949,00
							24C276137	5/12/2024	ZE000000015722	FTS	$ 76.840.970,00
							24C276287	12/12/2024	ZE000000015933	FTS	$ 16.648.940,00
							24C276316	13/12/2024	ZE000000015935	FTS	$ 2.399.122,00
							24C271541	18/12/2024	ZE000000015937	FTS	$ 5.335.000,00
							24C276506	18/12/2024	ZE000000015989	FTS	$ 8.663.166,00
							24C276381	16/12/2024	ZE000000016008	FTS	$ 18.451.920,00
							24C276687	24/12/2024	ZE000000016064	FTS	$ 184.000,00
							24C276511	19/12/2024	ZE000000016012	FTS	$ 1.274.850,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 224.029.917,00**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**DOSCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS DIECISIETE 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	**$ 111.277.575,00**			$ 111.277.575,00	$ -
AÑO 2024	**$ 1.588.683.629,00**		$ 100.000.000,00	$ 1.467.231.142,00	$ 21.452.487,00
AÑO 2025	**$ 1.636.743.319,00**			$ -	$ 1.636.743.319,00
AÑO 2026	**$ 882.083.927,00**			$ -	$ 882.083.927,00
TOTAL CONTRATO	**$ 4.218.788.450,00**	**$ -**	**$ 100.000.000,00**	**$ 1.578.508.717,00**	**$ 2.540.279.733,00**

Nombre del Supervisor	**JANNETHE NOVOA CUCARIAN**	**Fecha de notificación: 04/07/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	16/11/2023	**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: LA FACTURA N° 24C271541 DE ESTA ENTRADA FUE RECIBIDA EN LABORATORIO EN EL MES DE MAYO, NO SE HABIA TRAMITADO EN LA FTS ESTO SE EVIDENCIO EN VERIFICACION CON PROVEEDOR EL DIA 16/12/2024 SE RECONSTRUYE EL DIA 17/12/2024 PARA INGRESO EN DINAMICA

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		