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:	31/03/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	
No. de Contrato:	230/2024			**VALOR**	**$**	**27.807.005,00**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**CO1.PCCNTR.6503230**						
Objeto	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS PARA LA RECOLECCIÓN DE SANGRE TOTAL Y REALIZACIÓN DE AFÉRESIS DE PLAQUETAS DE LOS DONANTES ACEPTADOS EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LOTE 2 - DISPOSITIVO MÉDICO PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA DE LOS DONANTES".						
Nombre de Contratista	HOSPITAL QUALITY TRANSFUSION THERAPIES S.A.S.			**NIT/ CC**	**900.326.578-1**		
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**	**LICITACIÒN PÙBLICA No. LP-006-2024-HOMIL**		
Cuenta Bancaria No.	**04200011662**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**3964092–5**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SURAMERICANA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**12/07/2024**		

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					
AÑO 2025	**21225**	**8/01/2025**	**212**	**8/01/2025**	**18725**	**8/01/2025**	FE7784	3/03/2025	ZF000000017341	FTS	$ 6.803.992,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 6.803.992,00**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**SEIS MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS 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 2024	**$ 4.098.000,00**	**$ 2.000.000,00**	**$ 55.601,00**	**$ 6.042.399,00**	**$ -**
AÑO 2025	**$ 11.485.328,00**	**$ 5.800.000,00**		**$ 9.071.989,00**	**$ 8.213.339,00**
AÑO 2026	**$ 4.479.278,00**			**$ -**	**$ 4.479.278,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 20.062.606,00**	**$ 7.800.000,00**	**$ 55.601,00**	**$ 15.114.388,00**	**$ 12.692.617,00**

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN		**Fecha de notificación: 17/07/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	17/07/2024	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	**30/01/2027**	
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: SE REALIZA ADICION POR VALOR $5,800,000 EL DIA 31 MARZO-2025

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		