

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:	30/06/2025	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		LICITACIÓN PÚBLICA 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	N/A	N/A	N/A	FTS		
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$	-
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:		N/A										

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		\$ 13.607.983,00	\$ 3.677.345,00
AÑO 2026	\$ 4.479.278,00			\$ -	\$ 4.479.278,00
TOTAL CONTRATO	\$ 20.062.606,00	\$ 7.800.000,00	\$ 55.601,00	\$ 19.650.382,00	\$ 8.156.623,00

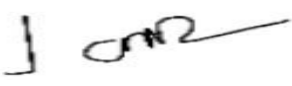
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN								Fecha de notificación: 17/07/2024					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION					
		17/07/2024						31/07/2026					
Vigencia del Contrato:		30/01/2027											
Prorrogas:		En tiempo											
		1-											
		2-											
		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 / existencia s almacén)	CANTIDA D	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:	EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO 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		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES					
N/A	N/A	N/A	N/A	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:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	FIRMA	
NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444			
CELULAR :	CORREO: jnova@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		