| 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:** | 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** | | | |

| 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** | **11425** | **8/01/2025** | **114** | **8/01/2025** | **8925** | **8/01/2025** | QLAB281651 | 12/05/2025 | ZF000000019003 | FTS | $ 893.464,00 |
| | | | | | | | QLAB282040 | 27/05/2025 | ZF000000019157 | FTS | $ 18.480.955,00 |
| | | | | | | | QLAB282248 | 6/06/2025 | ZF000000019159 | FTS | $ 4.469.400,00 |
| | | | | | | | QLAB282429 | 11/06/2025 | ZF000000019344 | FTS | $ 131.849.726,00 |
| | | | | | | | QLAB282618 | 18/06/2025 | ZF000000019353 | FTS | $ 15.214.725,00 |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 170.908.270,00** |
| **VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** | **CIENTO SETENTA MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA 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 | $ 1.488.683.629,00 | $ - |
| AÑO 2025 | $ 1.636.743.319,00 | | | $ 742.268.993,00 | $ 894.474.326,00 |
| AÑO 2026 | $ 882.083.927,00 | | | $ - | $ 882.083.927,00 |
| TOTAL CONTRATO | $ 4.218.788.450,00 | $ - | $ 100.000.000,00 | $ 2.342.230.197,00 | $ 1.776.558.253,00 |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **Fecha de notificación: 06/06/2025** |

| | | |
|---|---|---|
| **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:**

**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:** | **LUZ MARIA TOLOZA GONZALEZ** | **FIRMA** | |
| **NÚMERO DE CEDULA: 39648310** | | | |
| **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 | | |