HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
Grupo Social y Empresarial de la Defensa	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	29/02/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	376-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-017-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
376-2023	" SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS COLECTADAS Y LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INMUNOSEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA PARA DONANTES Y PACIENTES ATENDIDOS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 (LOTE N°7- INSUMOS VARIOS PARA EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN)"	Fecha de suscripción:		24/10/2023
		Valor inicial:	$	13.600.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 100.000
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 5.500.000
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 6.000.000
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 2.000.000
			$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	13.600.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			349323	122423
			Fecha:	26/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO CSC-100038126	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	8/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN (E)	
		Fecha de inicio de contrato	24/10/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			9/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 900595327		
DISTRIMEDICA JC SAS		Dirección: CRA 16A # 30-68		
		Teléfono: 2854719		
		Cuenta Bancaria No. 60295899946		
		Banco: BANCOLOMBIA S.A.		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: sesenta (60) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
" SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, RECOLECCIÓN Y	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	N/A	N/A	N/A	$ -
Total del mes					$ -
Saldo del contrato					$ 13.600.000,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$0,00
VALOR EN LETRAS :	N/A

NOTA 1: El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación d elos aporte parafiscales de fecha _____FEBRERO ____los parafiscales.

OBSERVACIONES: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 100.000,00
AÑO 2024	$ 5.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 5.500.000,00
AÑO 2025	$ 6.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 6.000.000,00
AÑO 2026	$ 2.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.000.000,00
VALOR TOTAL	$ 13.600.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 13.600.000,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JANNETHE NOVOA CUCARIAN (E)
NUMERO DE CEDULA: 39.795.444
FIRMA :

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	**FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:**

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		