| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | 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 | 377-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II | LP-017-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 377-2023 | "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°4 - CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARA EL ÁREA DE INMUNSEROLOGÍA )"". | Fecha de suscripción: | | 19/10/2023 | |
| | | Valor inicial: | $ | 69.200.000,00 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | $ 200.000 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | $ 27.000.000 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | | $ 30.000.000 | |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | | $ 12.000.000 | |
| | | | $ | - | |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | $ | - | |
| | | 3- | $ | - | |
| | | 4- | $ | - | |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | - | |
| | | 1- | $ | - | |
| | | 2- | $ | - | |
| | | 3- | $ | - | |
| | | 4- | $ | - | |
| | | Valor Total Contrato | $ | 69.200.000,00 | |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). | |
| | | | 385423 | 122423 | |
| | | | Fecha: | 31/10/2023 | |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 3769197-4 | | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SURAMERICANA | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 3/11/2023 | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | JANNETHE NOVOA CUCARIAN (E ) | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 30/10/2023 | | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | |
| | | | 8/11/2023 | 31/07/2026 | |
| | | Vigencia del Contrato: 31/07/2026 | | | |
| | | Prorrogas: | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | | | |
| | | 3- | | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 830056202 | | | |
| LABCARE DE COLOMBIA SAS | | Dirección: AUTOPISTA MEDELLIN KM 2.5 VIA PARCELAS PARQUE EMP PORTOS SABANA 80 BODEGA 97 | | | |
| | | Teléfono: 8985201 | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 035056688 | | | |
| | | Banco: BANCO DE BOGOTA 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 PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | N/A | N/A | N/A | |
| Total del mes | | | | | $ - |
| Saldo del contrato | | | | | $ 69.200.000,00 |

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

**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.

| 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 | $ 200.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 200.000,00 |
| AÑO 2024 | $ 27.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 27.000.000,00 |
| AÑO 2025 | $ 30.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 30.000.000,00 |
| AÑO 2026 | $ 12.000.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 12.000.000,00 |
| VALOR TOTAL | $ 69.200.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 69.200.000,00 |
| | 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 | | |