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:	31/03/2024				
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		
		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
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		