| 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 | 505-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II | SA-101-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 505-2023 | "SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 ELECTROLITOS EN SUDOR Y COLORACION AUTOMATIZADA" | Fecha de suscripción: | | | 28/12/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | | 284.924.217,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | | $ 1.650.000 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | | $ 109.951.184 |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | | | $ 113.249.719 |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | | | $ 60.073.314 |
| | | | $ | | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | | - |
| | | 1- | $ | | - |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | | 284.924.217,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | | N°CDP (SIIF). |
| | | | 483323 | | 120623 |
| | | | Fecha: | | 28/12/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | CUMPLIMIENTO 3814630-5 | | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SURAMERICANA | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 4/01/2024 | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | JANNETHE NOVOA CUCARIAN | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 28/12/2023 | | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 3/01/2024 | | 31/07/2026 |
| | | Vigencia del Contrato: 31/07/2026 | | | |
| | | Prorrogas: | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | | | |
| | | 3- | | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 860503326 | | | |
| VELEZLAB SAS | | Dirección: BOGOTA | | | |
| | | Teléfono: 3102436399 | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 66133535619 | | | |
| | | 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 INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 ELECTROLITOS EN SUDOR Y COLORACION AUTOMATIZADA" | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | VL30215 | 12/03/2024 | ZE000000010176 | $ 12.852.986,00 |
| Total del mes | | | | | $ 12.852.986,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 242.740.526,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $12.852.986,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | DOCE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS. |

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

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 1.650.000,00 | $ 1.650.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2024 | $ 109.951.184,00 | $ 40.533.691,00 | $ 0,00 | $ 69.417.493,00 |
| AÑO 2025 | $ 113.249.719,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 113.249.719,00 |
| AÑO 2026 | $ 60.073.314,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 60.073.314,00 |
| VALOR TOTAL | $ 284.924.217,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 242.740.526,00 |
| | 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 | | |