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:	27/03/2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	008-2023

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
012-2024	CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISION Y CALIBRACION DE LOS ACTIVÍMETROS	Fecha de suscripción:			19/02/2024
		Valor inicial:	$		10.128.901,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$		10.128.901,00
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		VIGENCIA AÑO	$		-
		Adiciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		10.128.901,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			154024		142124
			Fecha:		22/02/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			21-44-101437079
		Aseguradora (Si aplica):			SEGUROS DEL ESTADO S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):			7/03/2024
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:			NUBIA ROJAS RODRIGUEZ Fecha 08/03/2024
		Fecha de inicio de contrato			8/03/2024
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			08/03/024		31/12/2024
		Vigencia del Contrato: 11 MESES			
		Prorrogas: En tiempo			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 830.014.072-2			
COMERCIALIZADORA DE MATERIAL CIENTIFICO E INDUSTRIAL SAS		Dirección: Calle 24 C N° 26-10			
		Teléfono: 3202519250			
		Cuenta Bancaria No. 030407553			
		Banco: BANCO DE BOGOTA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente
					X

FORMA DE PAGO:

Se realizará pagos parciales de acuerdo con los requerimientos realizados por el supervisor del contrato y de los elementos suministrados por el contratista, que se cancelaran dentro de los 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	O9
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
CONTROL DE CALIDAD, PRUEBA DE PRECISION Y CALIBRACION DE LOS ACTIVÍMETROS					
					$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ 10.128.901,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$0,00**
VALOR EN LETRAS :	

NOTA 1:
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (marzo) 2024; así mismo certifico que el/la) contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): PARA LOS MOVIMIENTOS DEL MES DE MARZO NO SE RECIBEN FACTURAS, POR LO TANTO NO SE GENERAN OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES A ESTE MES.

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 10.128.901,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.128.901,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 10.128.901,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.128.901,00
	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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**Nubia Rojas Rodríguez**
NUMERO DE CEDULA:	**52.331.859**
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	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1