| 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: | 30/04/2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | 389-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II | LP-014-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 389-2023 | "SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 23. BIOLOGIA MOLECULAR". | Fecha de suscripción: | | | 3/11/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | | 700.080.364,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | | $ 16.677.601 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | | $ 265.258.673 |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | | | $ 273.216.433 |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | | | $ 144.927.657 |
| | | | $ | | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | | - |
| | | 1- | $ | | - |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | | 700.080.364,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | | N°CDP (SIIF). |
| | | | 428123 | | 120623 |
| | | | Fecha: | | 3/11/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 1505003332301 | | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | Seguros Bolivar | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 8/11/2023 | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | JANNETHE NOVOA CUCARIAN | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 10/11/2023 | | |
| | | 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: 860500862 | | | |
| ROCHEM BIOCARE COLOMBIA SAS | | Dirección: CALLE 13 # 60-49 | | | |
| | | Teléfono: 7455954 | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 041101239 | | | |
| | | 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 INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 23. BIOLOGIA MOLECULAR". | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | FE63245 | 3/04/2024 | ZE000000010470 | $ 41.690.160,00 |
| Total del mes | | | | | $ 41.690.160,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 617.603.884,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $41.690.160,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CUARENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL CIENTO SESENTA 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 | $ 16.677.601,00 | $ 16.677.601,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2024 | $ 265.258.673,00 | $ 65.798.879,00 | $ 0,00 | $ 199.459.794,00 |
| AÑO 2025 | $ 273.216.433,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 273.216.433,00 |
| AÑO 2026 | $ 144.927.657,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 144.927.657,00 |
| VALOR TOTAL | $ 700.080.364,00 | $ 82.476.480,00 | $ 0,00 | $ 617.603.884,00 |
| | 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 | | |