

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	397-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-023-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
397-2023	" SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 11. PROTEINAS ESPECIFICAS"	Fecha de suscripción: 20/11/2023			
		Valor inicial: \$ 346.429.404,00			
		VIGENCIA AÑO 2023 \$ 7.299.668			
		VIGENCIA AÑO 2024 \$ 131.631.168			
		VIGENCIA AÑO 2025 \$ 135.580.103			
		VIGENCIA AÑO 2026 \$ 71.918.465			
		\$ -			
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2- \$ -			
		3- \$ -			
		4- \$ -			
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :			
		1- \$ -			
		2- \$ -			
		3- \$ -			
		4- \$ -			
		Valor Total Contrato		\$ 346.429.404,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				449723	120623
				Fecha:	20/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		CUMPLIMIENTO 21-44-101429777	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		21/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato		27/11/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				22/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
		RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:			
		QUIMIOLAB SAS		NIT: 830024737	
Dirección: BOGOTÁ					
Teléfono: 8054082					
Cuenta Bancaria No. 0144019775					
Banco: BBVA					
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	O8
					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. 11. PROTEINAS ESPECIFICAS"		FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FF2635	11/04/2024	ZE000000010680		\$ 5.729.200,00	
Total del mes							\$ 5.729.200,00	
Saldo del contrato							\$ 251.888.104,00	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$5.729.200,00
VALOR EN LETRAS :	CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS.

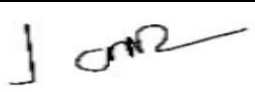
NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 7.299.668,00	\$ 7.299.668,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2024	\$ 131.631.168,00	\$ 87.241.632,00	\$ 0,00	\$ 44.389.536,00
AÑO 2025	\$ 135.580.103,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 135.580.103,00
AÑO 2026	\$ 71.918.465,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 71.918.465,00
VALOR TOTAL	\$ 346.429.404,00	\$ 94.541.300,00	\$ 0,00	\$ 251.888.104,00
	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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		