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:	22/04/2024				
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS	TIPO DE PROCESO	SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA	Nº 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	Nº 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 Nº 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

Nubia Rojas
24-04-24

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	09
		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		FE 36469	3/04/2024		$ 1.266.112,00
		FE 36470	3/04/2024		$ 1.266.112,00
					$ -
Total del mes					$ 2.532.224,00
Saldo del contrato					$ 7.596.677,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$2.532.224,00
VALOR EN LETRAS :	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS M/CTE

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):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2024	$ 10.128.901,00	$ 2.532.224,00	$ 0,00	$ 7.596.677,00
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	$ 2.532.224,00	$ 0,00	$ 7.596.677,00
	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

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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1