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:	31/05/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	391-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-014-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
391-2023	" SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 10. INMUNOLIGIA ESPECIAL, LOTE No. 12. ELECTROFORESIS y LOTE No. 28. TEST DE ALIENTO"	Fecha de suscripción:		7/11/2023
		Valor inicial:	$	1.102.643.363,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 30.931.641
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 415.978.460
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 428.457.814
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 227.275.448
			$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	1.102.643.363,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			628723	120623
			Fecha:	7/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 3776583-3	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	14/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato	17/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			14/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 830025281		
ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT S.A.S.		Dirección: BOGOTA		
		Teléfono: 7447979		
		Cuenta Bancaria No. 03190332881		
		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. 10. INMUNOLIGIA ESPECIAL, LOTE No. 12. ELECTROFORESIS y LOTE No. 28. TEST DE ALIENTO"	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FV203194	14/05/2024	ZE000000011255	$ 6.621.510,00
		FV203191	14/05/2024	ZE000000011258	$ 7.036.610,00
		FV203160	14/05/2024	ZE000000011259	$ 25.586.724,00
Total del mes					$ 39.244.844,00
Saldo del contrato					$ 679.219.041,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$39.244.844,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO 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	$ 30.931.641,00	$ 30.931.641,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 415.978.460,00	$ 392.492.681,00	$ 0,00	$ 23.485.779,00
AÑO 2025	$ 428.457.814,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 428.457.814,00
AÑO 2026	$ 227.275.448,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 227.275.448,00
VALOR TOTAL	$ 1.102.643.363,00	$ 423.424.322,00	$ 0,00	$ 679.219.041,00
	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		