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	505-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	SA-101-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
505-2023	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 ELECTROLITOS EN SUDOR Y COLORACION AUTOMATIZADA"	Fecha de suscripción:			28/12/2023
		Valor inicial:	$		284.924.217,00
		VIGENCIA AÑO 2023			$ 1.650.000
		VIGENCIA AÑO 2024			$ 109.951.184
		VIGENCIA AÑO 2025			$ 113.249.719
		VIGENCIA AÑO 2026			$ 60.073.314
			$		-
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		284.924.217,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			483323		120623
			Fecha:		28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 3814630-5		
		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	4/01/2024		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN		
		Fecha de inicio de contrato	28/12/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			3/01/2024		31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 860503326			
VELEZLAB SAS		Dirección: BOGOTA			
		Teléfono: 3102436399			
		Cuenta Bancaria No. 66133535619			
		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

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. 6 ELECTROLITOS EN SUDOR Y COLORACION AUTOMATIZADA"	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	VL31306	8/05/2024	ZE000000011244	$ 17.501.057,00
		VL31488	16/05/2024	ZE000000011252	$ 3.739.289,00
Total del mes					$ 21.240.346,00
Saldo del contrato					$ 221.500.180,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$21.240.346,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS 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: CONTRATO No 505-2023 SE APLICA NOTA CREDITO No LENE240088 POR VALOR DE $3,739,289 DEVOLUCION DE 30 UNIDADES DE YODO POR FECHA DE VENCIMIENTO

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 1.650.000,00	$ 1.650.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 109.951.184,00	$ 61.774.037,00	$ 0,00	$ 48.177.147,00
AÑO 2025	$ 113.249.719,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 113.249.719,00
AÑO 2026	$ 60.073.314,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 60.073.314,00
VALOR TOTAL	$ 284.924.217,00	$ 63.424.037,00	$ 0,00	$ 221.500.180,00
	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		