

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:	30/06/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	500-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	SA-100-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
500-2023	"SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO, AUTOPSIAS, ESTUDIOS MOLECULARES Y GENÉTICA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 6 CONTROL DE CALIDAD"	Fecha de suscripción: 28/12/2023			
		Valor inicial: \$ 76.598.305,00			
		VIGENCIA AÑO 2023 \$ 2.488.640			
		VIGENCIA AÑO 2024 \$ 28.944.000			
		VIGENCIA AÑO 2025 \$ 29.812.320			
		VIGENCIA AÑO 2026 \$ 15.353.345			
		\$ -			
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2- \$ -			
		3- \$ -			
		4- \$ -			
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :			
		1- \$ -			
		2- \$ -			
		3- \$ -			
		4- \$ -			
		Valor Total Contrato		\$ 76.598.305,00	
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				483423	120523
				Fecha:	28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		CUMPLIMIENTO 63-44-101015056	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		28/12/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato		27/12/2023	
		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: 830501640					
Dirección: Calle 63 C # 35-13					
Teléfono: 2229151					
Cuenta Bancaria No. 10165140007					
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	O8
					Página:		2 DE 2	
Descripción de Bienes a Recibir		Almacen que Ingresas	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes		Valor \$	
"SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO,		FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	N/A	N/A	N/A		\$	-
Total del mes							\$	-
Saldo del contrato							\$	76.598.305,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$0,00
VALOR EN LETRAS :	N/A

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: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS.

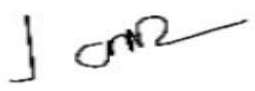
VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 2.488.640,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 2.488.640,00
AÑO 2024	\$ 28.944.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 28.944.000,00
AÑO 2025	\$ 29.812.320,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 29.812.320,00
AÑO 2026	\$ 15.353.345,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 15.353.345,00
VALOR TOTAL	\$ 76.598.305,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 76.598.305,00
	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			

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		