| 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: | 28/06/2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS | TIPO DE PROCESO | SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTIA | N° 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 | | N°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 N° 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

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO | GA-GECO-MN-01-FT-05 | VERSIÓN | O9 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | $ - |
| **Total del mes** | | | | | **$ -** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 10.128.901,00** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **$0,00** |
| **VALOR EN LETRAS :** | |

**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 (xxxx) 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): PARA LOS MOVIMIENTOS DEL MES DE JUNIO NO SE RECIBEN FACTURAS, POR LO TANTO NO SE GENERAN OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES A ESTE MES.**

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

| | |
|---|---|
| **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 | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 1 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |