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	498-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	SA-100-2023-HOMIL

CONTRATO N° / ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
498-2023	"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. 2 INMUNOHISTOQUIMICA"	Fecha de suscripción:		28/12/2023
		Valor inicial:	$	80.408.944,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 1.300.000
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 34.183.975
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 34.909.494
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 10.015.475
			$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	80.408.944,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			484423	120523
			Fecha:	28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 3814106-7	
		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA	
		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	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: 830064712		
LABTRONICS SAS		Dirección: Calle 101 a # 47 a - 09		
		Teléfono: 6354328		
		Cuenta Bancaria No. 004469996880		
		Banco: BANCO DAVIVIENDA 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 REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO,	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	LABP69314	14/06/2024	ZE000000012002	$ 653.250,00
Total del mes					**$ 653.250,00**
Saldo del contrato					**$ 59.545.134,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$653.250,00
VALOR EN LETRAS :	SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 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	$ 1.300.000,00	$ 1.300.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 34.183.975,00	$ 19.563.810,00	$ 0,00	$ 14.620.165,00
AÑO 2025	$ 34.909.494,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 34.909.494,00
AÑO 2026	$ 10.015.475,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 10.015.475,00
VALOR TOTAL	$ 80.408.944,00	$ 20.863.810,00	$ 0,00	$ 59.545.134,00
	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		