| 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 | 397-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II | LP-023-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 397-2023 | " SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 11. PROTEINAS ESPECIFICAS" | Fecha de suscripción: | | | 20/11/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | | 346.429.404,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | | $ 7.299.668 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | | $ 131.631.168 |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | | | $ 135.580.103 |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | | | $ 71.918.465 |
| | | | $ | | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | | - |
| | | 1- | $ | | - |
| | | 2- | $ | | - |
| | | 3- | $ | | - |
| | | 4- | $ | | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | | 346.429.404,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | | N°CDP (SIIF). |
| | | | 449723 | | 120623 |
| | | | Fecha: | | 20/11/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | CUMPLIMIENTO 21-44-101429777 | | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO | | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 21/11/2023 | | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | JANNETHE NOVOA CUCARIAN | | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 27/11/2023 | | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 22/11/2023 | | 31/07/2026 |
| | | Vigencia del Contrato: 31/07/2026 | | | |
| | | Prorrogas: | | | |
| | | 1- | | | |
| | | 2- | | | |
| | | 3- | | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 830024737 | | | |
| QUIMIOLAB SAS | | Dirección: BOGOTÁ | | | |
| | | Teléfono: 8054082 | | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 0144019775 | | | |
| | | Banco: BBVA | | | |
| | | 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. 11. PROTEINAS ESPECIFICAS" | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | FF3124 | 18/06/2024 | ZE000000012022 | $ 14.513.300,00 |
| Total del mes | | | | | $ 14.513.300,00 |
| Saldo del contrato | | | | | $ 218.286.104,00 |

| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE | $14.513.300,00 |
|---|---|
| VALOR EN LETRAS : | CATORCE MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS 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 | $ 7.299.668,00 | $ 7.299.668,00 | $ 0,00 | $ 0,00 |
| AÑO 2024 | $ 131.631.168,00 | $ 120.843.632,00 | $ 0,00 | $ 10.787.536,00 |
| AÑO 2025 | $ 135.580.103,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 135.580.103,00 |
| AÑO 2026 | $ 71.918.465,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 71.918.465,00 |
| VALOR TOTAL | $ 346.429.404,00 | $ 128.143.300,00 | $ 0,00 | $ 218.286.104,00 |
| | 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 | | |