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	393-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-018-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
393-2023	"SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 2. GASES ARTERIALES, LOTE No. 3. HEMATOLOGIA, LOTE No. 5. VISCOELASTICIDAD, LOTE No. 6. PRUEBAS RAPIDAS, LOTE No. 7. PRUEBAS INMUNOLOGICAS, LOTE No. 8. FUNCION RENAL, LOTE No. 15. INMUNOFLUORESCENCI A INDIRECTA, LOTE No. 20. MEDIOS DE CULTIVO Y TRANSPORTE Y LOTE No. 30. INSUMOS Y COLORANTES"	Fecha de suscripción:		7/11/2023
		Valor inicial:	$	4.218.788.450,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 111.277.575
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 1.588.683.629
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 1.636.743.319
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 882.083.927
			$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	4.218.788.450,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			432623	120623
			Fecha:	7/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO NB-100292650	
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑIA SEGUROS MUNDIAL	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato	16/11/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			16/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 800005736		
QUINBERLAB S.A.S		Dirección: carrera 7 # 127 - 48 Oficina 806		
		Teléfono: 3484310		
		Cuenta Bancaria No. 013367099		
		Banco: ITAU CORPBANCA COLOMBIA 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 INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 2. GASES ARTERIALES, LOTE No. 3. HEMATOLOGIA, LOTE No. 5. VISCOELASTICIDAD, LOTE No. 6. PRUEBAS RAPIDAS, LOTE No. 7. PRUEBAS INMUNOLOGICAS, LOTE No. 8. FUNCION RENAL, LOTE No. 15. INMUNOFLUORESCENCI A INDIRECTA, LOTE No. 20. MEDIOS DE CULTIVO Y TRANSPORTE Y LOTE No. 30. INSUMOS Y COLORANTES"	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	24C271997	28/05/2024	ZE000000011723	$ 4.170.210,00
		24C272163	6/06/2024	ZE000000011749	$ 18.629.895,00
		24C272261	12/06/2024	ZE000000012019	$ 108.132.895,00
		24C272499	20/06/2024	ZE000000012107	$ 6.692.400,00
Total del mes					$ 137.625.400,00
Saldo del contrato					$ 3.340.855.405,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$137.625.400,00
VALOR EN LETRAS :	CIENTO TREINTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS 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	$ 111.277.575,00	$ 111.277.575,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 1.588.683.629,00	$ 666.655.470,00	$ 100.000.000,00	$ 822.028.159,00
AÑO 2025	$ 1.636.743.319,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.636.743.319,00
AÑO 2026	$ 882.083.927,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 882.083.927,00
VALOR TOTAL	$ 4.218.788.450,00	$ 777.933.045,00	$ 100.000.000,00	$ 3.340.855.405,00
	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		