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	375-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	LP-017-2023-HOMIL

CONTRATO N° / ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
375-2023	"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LAS UNIDADES DE SANGRE Y AFÉRESIS COLECTADAS Y LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INMUNOSEROLOGÍA E INMUNOHEMATOLOGÍA PARA DONANTES Y PACIENTES ATENDIDOS EN EL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, DE LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 (LOTE 8 - DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES)".	Fecha de suscripción:		19/10/2023
		Valor inicial:	$	864.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023		$ 4.000.000
		VIGENCIA AÑO 2024		$ 320.000.000
		VIGENCIA AÑO 2025		$ 350.000.000
		VIGENCIA AÑO 2026		$ 190.000.000
			$	-
		Adiciones (Si aplica) :		
		1-		
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	864.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			331123	122423
			Fecha:	19/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	340 47 994000049223	
		Aseguradora (Si aplica):	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN	
		Fecha de inicio de contrato	19/10/2023	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			8/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 830126596		
HB SUPPLIER S.A.		Dirección: Carrera 21 a No. 172-17		
		Teléfono: 6780040		
		Cuenta Bancaria No. 37215248279		
		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 Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
"SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS, REACTIVOS E INSUMOS MÉDICOS PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS,	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	HBFE6561	19/06/2024	ZE000000012043	$ 31.435.000,00
Total del mes					**$ 31.435.000,00**
Saldo del contrato					**$ 690.836.500,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$31.435.000,00
VALOR EN LETRAS :	TREINTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL 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	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 320.000.000,00	$ 169.163.500,00	$ 0,00	$ 150.836.500,00
AÑO 2025	$ 350.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 350.000.000,00
AÑO 2026	$ 190.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 190.000.000,00
VALOR TOTAL	$ 864.000.000,00	$ 173.163.500,00	$ 0,00	$ 690.836.500,00
	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 Subd

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		