| 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: 13-07-2022 |
| | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES | VERSIÓN: 08 |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | 30/11/2023 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE CONTRATO | SUMINISTRO | TIPO DE PROCESO | 390-2023 | N° DE PROCESO EN EL SECOP II / | LP-014-2023-HOMIL |

| CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA | OBJETO: | DATOS GENERALES DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| 390-2023 | " SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 13. BIOLOGIA MOLECULAR HLA" | Fecha de suscripción: | | 7/11/2023 |
| | | Valor inicial: | $ | 636.119.155,00 |
| | | VIGENCIA AÑO 2023 | | $ 17.456.593 |
| | | VIGENCIA AÑO 2024 | | $ 240.130.153 |
| | | VIGENCIA AÑO 2025 | | $ 247.334.058 |
| | | VIGENCIA AÑO 2026 | | $ 131.198.351 |
| | | | $ | - |
| | | Adiciones (Si aplica) : | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | - |
| | | 1- | $ | - |
| | | Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) : | $ | - |
| | | 1- | $ | - |
| | | 2- | $ | - |
| | | 3- | $ | - |
| | | 4- | $ | - |
| | | Valor Total Contrato | $ | 636.119.155,00 |
| | | COMPROMISO PRESUPUESTAL | SIIF | N°CDP (SIIF). |
| | | | 430423 | 120623 |
| | | | Fecha: | 7/11/2023 |
| | | Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | CUMPLIMIENTO 156261 | |
| | | Aseguradora (Si aplica): | SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A. | |
| | | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 9/11/2023 | |
| | | Nombre del Supervisor y fecha de notificación: | MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES | |
| | | Fecha de inicio de contrato | 9/11/2023 | |
| | | Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | | | 10/11/2023 | 31/07/2026 |
| | | Vigencia del Contrato: 31/07/2026 | | |
| | | Prorrogas: | | |
| | | 1- | | |
| | | 2- | | |
| | | 3- | | |
| RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: | | NIT: 900222640 | | |
| BIOSCIENCES SAS | | Dirección: CARRERA 18A 137-49 | | |
| | | Teléfono: 2589640 | | |
| | | Cuenta Bancaria No. 58942721431 | | |
| | | 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 | 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. 13. BIOLOGIA MOLECULAR HLA" | FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD | N/A | N/A | N/A | $ 0 |
| **Total del mes** | | | | | **$ 0** |
| **Saldo del contrato** | | | | | **$ 17.456.593** |

| | |
|---|---|
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE** | **N/A** |
| **VALOR EN LETRAS :** | **N/A.** |

**NOTA 1:** El contratista con el ingreso de las facturas aporto la certificación de los aporte parafiscales de fecha _____NOVIEMBRE____los parafiscales.

**OBSERVACIONES: En el presente mes no hubo rotación de insumos.**

**NOTA 2:**

| VIGENCIA | VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total) | VALOR EJECUTADO | VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN | PENDIENTE EJECUTAR |
|---|---|---|---|---|
| AÑO 2023 | $ 17.456.593,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 17.456.593,00 |
| AÑO 2024 | $ 240.130.153,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 240.130.153,00 |
| AÑO 2025 | $ 247.334.058,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 247.334.058,00 |
| AÑO 2026 | $ 131.198.351,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 131.198.351,00 |
| VALOR TOTAL | $ 636.119.155,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 636.119.155,00 |
| | VALOR TOTAL CONTRATADO | VALOR TOTAL EJECUTADO | VALOR LIBERADO | VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR |

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA CONSUELO ROMERO TORRES**

**NUMERO DE CEDULA: 51871493**

**FIRMA :** 

**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 | | |