	FORMATO DE SUPERVISION DE CONTRATOS Y AUTORIZACION DE PAGOS				Código: FTO-GAJ-SCAP-22 Versión: 4 Fecha: 26/02/2025
Dependencia:	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Número de pago/ total de pagos:	1	Fecha:	SEPTIEMBRE DEL 2026

DATOS DEL CONTRATO

Valor:	1.069.000.00.00		Valor mensual 892.085.188.29	Saldo del contrato: $ 176.914.811.71	
Número:	093-26	Fec.Suscripción 14/08/2026	Fecha de iniciación:	14 DE AGOSTO DEL 2026	
Nº CDP 1:	0819	Fecha : 24/07/2026			
Nº CDP 2:		Fecha :	Fecha de terminación:	29 DE SEPTIEMBRE DEL 2026	
Nº CDP 3:					
Nº RP 1 :	1591	Fecha : 13/08/2026			
Nº RP 2:		Fecha :	Duración:	Meses	1 MES Y 15 DIAS
Nº RP 3:					
Rubro Presupuestal:			Periodo a pagar:	14- 31 DE AGOSTO	
Requiere Informe:	SI: X	NO:	Suspensión No.:	En tiempo:	
Entregó Informe:	SI: X	NO:	Prorroga: No.:	En tiempo:	

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE REACTIVOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, PRUEBAS RÁPIDAS, CONTROLES DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO, Y/O LO DEMÁS QUE SE REQUIERA, ASÍ COMO LA DOTACIÓN EN MODALIDAD DE COMODATO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, EQUIPOS DE CÓMPUTO Y SUS ACCESORIOS, MUEBLES, ENSERES Y EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN, NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS FASES DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y LABORATORIO DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS PARA LABORATORIOS S.A.S								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula		Nit.	X	Número:	860350711-1	DV.	
Dirección:	CALLE 116 #70C-40 BOGOTA								
Número de Teléfono:	6017426486			FAX:			CEL.		
Clase y número de cuenta:	Corriente:	X	Ahorros		Número	4735071103	Banco:	BANCOLOMBIA	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"

Persona Natural:		Persona Jurídica:	X
Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
Responsable de IVA	X	Entidad sin ánimo de lucro	
NO responsable de IVA			

He verificado de esta información frente al RUT : SI: X NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: X NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI: X NO:

Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas:

DURANTE LA EJECUCION DEL PERIODO EN MENCION SE REALIZA LA VERIFICACION DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS E INGRESADOS A FARMACIA EN EL PERIODO 14-31 AGOSTO 2026 A LAS SEDES DE LABORATORIO DE LA ENTIDAD, EN DONDE SE CONSTATA LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS CONTRATADOS, (SE DETALLA EN INFORME DE SUPERVISIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL), EL CONTRATISTA CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO. PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE MUESTRA SE AUTORIZA EL PAGO POR EL PERIDO DE 14-31 AGOSTO 2026, CON FACTURA 38798 POR VALOR DE $43.548.388.00, SE REALIZA EL PAGO PROPORCIONAL A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO. EL CONTRATISTA DEBE RADICAR LA FACTURA MES VENCIDO. DENTRO DEL PERIODO EJECUTADO SE REALIZA NOTA CREDITO #21387 A LA FACTURA 38697 CONTROL HEMATOLOGIA 6 X 4,5 ML POR VALOR DE $2,252,586. SE VERIFICAN LOS MANTENIMIENTOS REALIZADOS A LOS EQUIPOS. SE RECIBE FACTURACION POR VALOR DE $892.085.188.29 LO CUAL CORRESPONDE A LO RECIBIDO Y FACTURADO ACORDE A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO. DE IGUAL MANERA SE VERIFICA EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO RECONOCIDO. POR LO ANTERIOR SE AUTORIZA EL PAGO DE TOTAL A PAGAR **$892.085.188.29**

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		Aportes a Pensión	
Valor pagado $	Periodo	Valor pagado $	Periodo
Comprobante de pago Número:		Comprobante de pago Número Planilla):	
Fecha de pago:		Fecha de pago:	
Aportes a A.R.L.		Pensionado: SI: NO:	
Valor pagado $	Periodo	Certificación: SI: NO:	
Comprobante de pago Número:			
Fecha de pago:			

Persona Jurídica: SI: X NO:

PLANILLA: 94896941

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se ejecutaron conforme a lo establecido en el contrato, segun lo manifiestan los soportes presentados para el PERIODO correspondiente de 14-31 AGOSTO 2026, el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud, pensión y Administradora de riesgos Laborales conforme a las normas vigentes y teniendo en cuenta la clausula SEIS forma de pago. Se autoriza el pago por valor de $892.085.188.29 FACTURAS: 38630,38631,38650,38663,38664,38666,38667,38685,38686,38688,38689,38693,38697,38698,38699,38700,38725,38726,38738,38739,38741,38742,38752,38753,38756,38763,38764,38765, 38766,38768,38782,38783,38784,38785,38798 IGUAL MANERA SE VERIFICA EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO RECONOCIDO.

Anexos: Copia de aporte a pensión	SI: X	NO:	Cuenta de Cob	SI:	NO:		
Copia de aporte a salud	SI: X	NO:	factura	SI: X	NO:		
Copia de aporte A.R.L.	SI: X						

FACTURAS 14-31 AGOSTO 2026 38630,38631,38650,38663,38664,38666,38667,38685,38686,38688,38689,38693,38697,38698,38699,38700,38725,38726,38738,38739,38741,38742,38752,38753,38756,38763,38764,38765,38766,38768,38782,38783,38784,38785,38798

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE CONTRATISTA:	COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS PARA LABORATORIO COMPROLAB SAS	NOMBRE SUPERVISOR:	KATHERINE EGEA AMADOR
C.C.:	860350711-1	C.C.:	22.807.540
		DENOMINACION DEL CARGO:	SUBGERENTE CIENTIFICA
		AREA ASIGNADA	SUBGERENCIA CIENTIFICA