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:	29/02/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	396-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-023-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
396-2023	" SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 25. CULTIVO ESPECIAL PARA MICOBACTERIAS, LOTE No. 29 MATERIAL DE TOMA DE MUESTRA"	Fecha de suscripción:			14/11/2023
		Valor inicial:	$		930.186.310,00
		VIGENCIA AÑO 2023			$ 26.973.345
		VIGENCIA AÑO 2024			$ 350.576.681
		VIGENCIA AÑO 2025			$ 361.093.982
		VIGENCIA AÑO 2026			$ 191.542.302
			$		-
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		930.186.310,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			97723		120623
			Fecha:		15/11/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 21-44-101430161		
		Aseguradora (Si aplica):	Seguros del Estado S.A.		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/11/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN		
		Fecha de inicio de contrato	17/11/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			23/11/2023		31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 860020309			
BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA		Dirección: BOGOTÁ			
		Teléfono: 7566060			
		Cuenta Bancaria No. 5056254074			
		Banco: CITIBANK COLOMBIA			
		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. 25. CULTIVO ESPECIAL PARA MICOBACTERIAS, LOTE No. 29 MATERIAL DE TOMA DE MUESTRA"	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FE559207	9/02/2024	ZE000000009593	$ 6.367.452,00
		FE559356	10/02/2024	ZE000000009595	$ 2.728.908,00
		FE559193	9/02/2024	ZE000000009616	$ 11.861.920,00
		FE560141	20/02/2024	ZE000000009882	$ 1.349.460,00
		FE559385	10/02/2024	ZE000000009884	$ 17.897.600,00
Total del mes					$ 40.205.340,00
Saldo del contrato					$ 827.247.889,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$40.205.340,00
VALOR EN LETRAS :	CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA 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	$ 26.973.345,00	$ 26.656.803,00	$ 0,00	$ 316.542,00
AÑO 2024	$ 350.576.681,00	$ 76.281.618,00	$ 0,00	$ 274.295.063,00
AÑO 2025	$ 361.093.982,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 361.093.982,00
AÑO 2026	$ 191.542.302,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 191.542.302,00
VALOR TOTAL	$ 930.186.310,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 827.247.889,00
	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		