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:	31/03/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	413-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II	LP-018-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
413-2023	"SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA LOS LOTES 27 y 32."	Fecha de suscripción:			15/12/2023
		Valor inicial:	$		46.078.482,00
		VIGENCIA AÑO 2023			$ 1.762.804
		VIGENCIA AÑO 2024			$ 10.939.618
		VIGENCIA AÑO 2025			$ 11.267.805
		VIGENCIA AÑO 2026			$ 22.108.255
			$		-
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		46.078.482,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			476523		121123
			Fecha:		12/09/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 3807331-9; RC 0942995-5		
		Aseguradora (Si aplica):	SURAMERICANA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	21/12/2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN		
		Fecha de inicio de contrato	15/12/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			21/12/2023		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: BOGOTA			
		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 ELEMENTOS DE CURACIÓN DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS 2023-2026 SE LE ADJUDICA LOS LOTES 27 y 32."	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	FE556621	21/02/2024	ZE000000010328	$ 559.479,00
Total del mes					$ 559.479,00
Saldo del contrato					$ 34.404.360,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$559.479,00
VALOR EN LETRAS :	QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE 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: CONTRATO No 413-2023 SE APLICA NOTA CREDITO No NC53114 DE FECHA 29/01/2024 PORQUE SE DEVUELVE EL INSUMO CATETER ACCESO CENTRAL PERIFERICO CON CODIGO 1176090071 POR MOTIVO DE SALDO INFERIOR A LA ORDEN DE COMPRA QUE SE REALIZO

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	$ 1.762.804,00	$ 1.762.804,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 10.939.618,00	$ 9.911.318,00	$ 0,00	$ 1.028.300,00
AÑO 2025	$ 11.267.805,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 11.267.805,00
AÑO 2026	$ 22.108.255,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 22.108.255,00
VALOR TOTAL	$ 46.078.482,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 34.404.360,00
	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		