

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:	30/04/2024				
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°C DP (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	O8
					Página:		2 DE 2	
Descripción de Bienes a Recibir		Almacen que Ingresas	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	FE564878	11/04/2024	ZE000000010613		\$ 9.096.360,00	
Total del mes							\$ 9.096.360,00	
Saldo del contrato							\$ 780.119.129,00	

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$9.096.360,00		
VALOR EN LETRAS :	NUEVE MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS.		

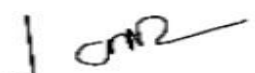
NOTA 1: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de acuerdo con la normatividad vigente y obligaciones contractuales.

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	\$ 26.973.345,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2024	\$ 350.576.681,00	\$ 123.093.836,00	\$ 0,00	\$ 227.482.845,00
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	\$ 150.067.181,00	\$ 0,00	\$ 780.119.129,00
	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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		