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:	30/06/2024				
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	FE568976	26/05/2024	ZE000000012009	$ 640.220,00
		FE571223	14/06/2024	ZE000000012010	$ 1.824.270,00
		FE571225	14/06/2024	ZE000000012011	$ 1.055.000,00
		FE571244	14/06/2024	ZE000000012012	$ 9.356.970,00
		FE571935	21/06/2024	ZE000000012124	$ 8.948.800,00
Total del mes					$ 21.825.260,00
Saldo del contrato					$ 733.962.826,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$21.825.260,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTIUN MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS 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	$ 169.250.139,00	$ 0,00	$ 181.326.542,00
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	$ 196.223.484,00	$ 0,00	$ 733.962.826,00
	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		