HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	VERSIÓN: 10
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/10/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	
No. de Contrato:	396/2023			**VALOR**	**$**	**930.186.313,00**	
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**LP-023-2023-HOMIL**						
Objeto	" 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"						
Nombre de Contratista	BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA			**NIT/ CC**		**860020309**	
Clase de Contrato	SUMINISTRO			**Modalidad de Contratación**		**Licitación pública**	

Cuenta Bancaria No.	**5056254074**	**Banco:**	**CITIBANK COLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**21-44-101430161**	**Aseguradora (Si aplica):**	**Seguros del Estado S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**23/11/2023**			

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL												
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**	
AÑO 2024	**16224**	**5/01/2024**			**16224**	**5/01/2024**	FE581168	24/09/2024	ZE000000014197	FTS	$	8.948.800,00
							FE581744	4/10/2024	ZE000000014320	FTS	$	6.064.240,00
							FE581533	2/10/2024	ZE000000014409	FTS	$	17.897.600,00
							FE581534	2/10/2024	ZE000000014411	FTS	$	17.791.830,00
							FE581535	2/10/2024	ZE000000014412	FTS	$	606.424,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$**	**51.308.894,00**
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	**CINCUENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**											

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
AÑO 2023	**$ 26.973.345,00**			**$ 26.973.345,00**	**$ -**
AÑO 2024	**$ 350.576.681,00**			**$ 306.563.860,00**	**$ 44.012.821,00**
AÑO 2025	**$ 361.093.982,00**			$ -	**$ 361.093.982,00**
AÑO 2026	**$ 191.542.305,00**			$ -	**$ 191.542.305,00**
TOTAL CONTRATO	**$ 930.186.313,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 333.537.205,00**	**$ 596.649.108,00**

Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN	**Fecha de notificación: 04/07/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	20/11/2023	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	**31/07/2026**	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

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. . DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	**N° Planilla**	**Fecha de pago**	**SALUD**		**PENSIÓN**		**RIESGOS PROFESIONALES**	
			Entidad	**Valor**	**Entidad**	**Valor**	**Entidad**	**Valor**
N/A	N/A	N/A						

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN 10**
		Página:	**2 DE 2**

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**JANNETHE NOVOA CUCARIAN**	**FIRMA**	
NÚMERO DE CEDULA: 39.795.444			
CELULAR :		**CORREO: jnovoa@homil.gov.co**	

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		