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:	31/05/2024				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	497-2023	N° DE PROCESO EN EL SECOP II /	SA-100-2023-HOMIL

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
497-2023	"SUMINISTRO DE REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO, AUTOPSIAS, ESTUDIOS MOLECULARES Y GENÉTICA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LOTE No. 1 INMUNOHISTOQUIMICA"	Fecha de suscripción:			28/12/2023
		Valor inicial:	$		1.151.912.906,00
		VIGENCIA AÑO 2023			$ 8.842.968
		VIGENCIA AÑO 2024			$ 449.495.522
		VIGENCIA AÑO 2025			$ 463.280.388
		VIGENCIA AÑO 2026			$ 230.294.028
			$		-
		Adiciones (Si aplica) :			
		1-			
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		1.151.912.906,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			484923		120523
			Fecha:		28/12/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CUMPLIMIENTO 100301784_0		
		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA		
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	18/01/2024		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	JANNETHE NOVOA CUCARIAN		
		Fecha de inicio de contrato	28/12/2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			28/12/2023		31/07/2026
		Vigencia del Contrato: 31/07/2026			
		Prorrogas:			
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT: 860003216			
PRODUCTOS ROCHE S.A.		Dirección: CARRERA 44 N°20-21			
		Teléfono: 4178860			
		Cuenta Bancaria No. 38246830620			
		Banco: BANCOLOMBIA S.A.			
		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 REACTIVOS E INSUMOS PARA EL PROCESAMIENTO INTEGRAL DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS, INMUNOHISTOQUIMICA AUTOMATIZADA-MANUAL, CITOMETRIA DE FLUJO	FARMACIA DE TECNOLOGIA EN SALUD	47390224264	24/04/2024	ZE000000011026	$ 26.088.300,00
Total del mes					$ 26.088.300,00
Saldo del contrato					$ 899.770.335,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$26.088.300,00
VALOR EN LETRAS :	VEINTISEIS MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS 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	$ 8.842.968,00	$ 8.842.968,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 449.495.522,00	$ 243.299.603,00	$ 0,00	$ 206.195.919,00
AÑO 2025	$ 463.280.388,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 463.280.388,00
AÑO 2026	$ 230.294.028,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 230.294.028,00
VALOR TOTAL	$ 1.151.912.906,00	$ 252.142.571,00	$ 0,00	$ 899.770.335,00
	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		