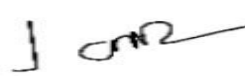


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	31/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME							
No. de Contrato:	497/2023			VALOR	\$ 1.151.912.906,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-100-2023-HOMIL													
Objeto	"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"													
Nombre de Contratista	PRODUCTOS ROCHE S.A.				NIT/ CC		860003216							
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación		Selección Abreviada de Menor Cuantía sin Manifestacion de Interés							
Cuenta Bancaria No.	38246830620		Banco:	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	100301784_0		Aseguradora (Si aplica):	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		18/01/2024						
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 2025	19525	8/01/2025	195	8/01/2025	17025	8/01/2025	47390257092DEV	10/06/2025	ZF0000000019689	FTS	\$ 124.289.003,00			
							47390260181	22/07/2025	ZF0000000019957	FTS	\$ 7.833.944,00			
							47390260168	22/07/2025	ZF0000000020132	FTS	\$ 103.799.758,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO												\$ 235.922.705,00		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS CINCO 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	\$ 8.842.968,00								\$ 8.842.968,00		\$ -			
AÑO 2024	\$ 449.495.522,00								\$ 449.495.522,00		\$ -			
AÑO 2025	\$ 463.280.388,00								\$ 392.882.240,00		\$ 70.398.148,00			
AÑO 2026	\$ 230.294.028,00								\$ -		\$ 230.294.028,00			
TOTAL CONTRATO	\$ 1.151.912.906,00		\$ -			\$ -			\$ 851.220.730,00		\$ 300.692.176,00			
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN						Fecha de notificación: 03/07/2025								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION						
			28/12/2023					31/07/2026						
Vigencia del Contrato:			31/01/2027											
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)	CANTIDA D	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: LA FACTURA N° 47390257092DEV DE ESTA ENTRADA ZF000000019689 SE REINGRESA CON LOS CODIGOS Y VALORES YA CORREGIDOS														
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		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES						
N/A	N/A	N/A	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
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		