

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:	31/01/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO 2026				
No. de Contrato:	497/2023			VALOR	\$ 1.201.912.906,00						
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					
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	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
AÑO 2026	16926	6/01/2026	250442		16926	6/01/2026	47390272160	14/01/2026	ZG000000023318	FTS	\$ 40.136.600,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 40.136.600,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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	\$ 50.000.000,00		\$ 513.280.388,00	\$ -
AÑO 2026	\$ 230.294.028,00			\$ 38.627.680,00	\$ 191.666.348,00
TOTAL CONTRATO	\$ 1.151.912.906,00	\$ 50.000.000,00	\$ -	\$ 1.010.246.558,00	\$ 191.666.348,00

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 continuación:

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 / existencia s 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

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
						Página:		10
								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		