

<div>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</div> <div></div>		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:	31/8/2026	INFORME DE SUPERVISOR.	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO 2026							
No. de Contrato:	497/2023				VALOR.	\$ 1.701.912.906,00								
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):	18/1/2024								
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 2026	16926	6/1/2026	250442		16926	6/1/2026	N/A	N/A	N/A	FTS				
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$	-			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:										N/A				
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		\$ 500.000.000,00				\$ 330.523.880,00		\$ 399.770.148,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 1.151.912.906,00		\$ 550.000.000,00		\$ -		\$ 1.302.142.758,00		\$ 399.770.148,00					
Nombre del Supervisor JANNETHE NOVOA CUCARIAN					Fecha de notificación: 01/07/2026									
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		28/12/2023				31/7/2026								
Vigencia del Contrato:		31/1/2027												
Prorrogas:		En tiempo												
		1- 30/11/2026												
		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 relacionado 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 (Instalad o/ 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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
OBSERVACIONES: EN EL PRESENTE MES NO HUBO ROTACIÓN NI MOVIMIENTO DE INSUMOS														
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							
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														