

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: 30-05-2024				
		MANUAL: CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 10				
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES									
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2				
FECHA	20/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL				
No. de Contrato:	028-2026			VALOR	\$ 7.770.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-033-2026-HOMIL										
Objeto	Suministro de Control de Calidad Externo para las áreas de Inmunoserología e Inmunohematología del Banco de Sangre y Gestión Transfusional del Hospital Militar										
Nombre de Contratista	Proasecal LTDA			NIT/ CC	830079375						
Clase de Contrato	Suministro.			Modalidad de Contratación	Mínima cuantía						
Cuenta Bancaria No.	30400005476	Banco:	Bancolombia		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 63-44-101018508		Aseguradora (Si aplica): Seguros del Estado		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 09/04/2026							
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					
VIGENCIA AÑO 2026	141626	12/02/2026	1416	8/04/2026	183826	8/04/2026	PRS 3079	5/05/2026	25566	FTS	\$ 7.585.950,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$ 7.585.950,00	
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 7.770.000,00		10.379.400,00				\$ 7.585.950,00		\$ 184.050,00		
TOTAL CONTRATO	\$ 7.770.000,00		10.379.400,00		\$ -		\$ 7.585.950,00		\$ 184.050,00		
Nombre del Supervisor: Diana Carolina Jaimes Cáceres					Fecha de notificación:10/04/2026						
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION				
		10/04/2026					31/12/2026				
Vigencia del Contrato:		plazo de ejecución nueve (09) meses.									
Prorrogas:		En tiempo									
		1-									
		2-									
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales, de los ultimos seis meses mediante certificación expedida por revisor fiscal con fecha 17 de abril de 2026 el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. 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:											

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: 30-05-2024				
			MANUAL: CONTRATACION									VERSIÓN: 10				
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES													
			SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI									PAGINA 1 DE 2				
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		
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			
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):																
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						
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO										CODIGO:		VERSIÓN	10		
											Página:		2 DE 2			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Diana Carolina Jaimes Cáceres								FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA:		52956521														
CELULAR : extensión 5375/5376								CORREO: djaimes@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								x		2						
Pago de Seguridad Social								x		1						