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

FECHA	27/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO

No. de Contrato:	032-2026	**VALOR**	**$ 78.000.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-040-2026-HOMIL		
Objeto	Suministro de componentes sanguíneos para atender la demanda de transfusión cuando el banco de sangre del Hospital Militar no cuente con ellos.		
Nombre de Contratista	Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS	**NIT/ CC**	**9010347905**
Clase de Contrato	Suministro.	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantia

Cuenta Bancaria No.	054450549	Banco:	Banco de Bogotá	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 33-44 101274881 | **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 ALMACÈN 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	**141526**	12/2/2026	**1848**	8/4/2026	**183726**	8/4/2026	**FDS-8186**	14/7/2026	N/A	N/A	**$ 4.229.100,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 4.229.100,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIEN 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	$ 78.000.000,00			$ 16.957.800,00	$ 61.042.200,00
TOTAL CONTRATO	**$ 78.000.000,00**	**$ -**		**$ 16.957.800,00**	**$ 61.042.200,00**

Nombre del Supervisor: Diana Carolina Jaimes Cáceres | **Fecha de notificación:10/04/2026**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	10/4/2026	**31/12/2026**
Vigencia del Contrato:	plazo de ejecución y ocho (08) meses.	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales, de los ultimos seis meses mediante certitificación expedida por revisor fiscal con fecha 10 de julio 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:

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**	DIANA C. JAIMES C.
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		**2**
Pago de Seguridad Social		**1**