HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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	27/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO

No. de Contrato:	086-2026	**VALOR**	**$ 13.413.800,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-090-2026-HOMIL		
Objeto	Suministro de cubetas para la determinación de hemoglobina en donantes del Banco de Sangre del Hospital Militar Central		
Nombre de Contratista	HOSPITAL QUALITY TRANSFUSION THERAPIES S.A.S	**NIT/ CC**	**900326578-1**
Clase de Contrato	Suministro.	**Modalidad de Contratación**	Mínima cuantia

Cuenta Bancaria No.	**042000116622**	**Banco:**	**Bancolombia**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 012004516413	**Aseguradora (Si aplica): Seguros Generales Suramericana SAS**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): NA**

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	**148626**	25/02/2026	**1486**	25/02/2026	**218526**	5/06/2026	**FE 8237**	2/07/2026	ZG000000026551	FTS	**$ 4.536.098,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 4.536.098,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVENTA Y OCHO 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	$ 13.413.800,00	16379400		$ 4.536.098,00	$ 8.877.702,00
TOTAL CONTRATO	**$ 13.413.800,00**	$ 16.379.400,00	$ -	**$ 4.536.098,00**	**$ 8.877.702,00**

Nombre del Supervisor: Maria Angelica Triviño Ardila	**Fecha de notificación:05/06/2026**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	5/06/2026	**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 certitificación expedida por revisor fiscal con fecha 02 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:

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	Nº 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: Maria Angelica Triviño Ardila		FIRMA	Angelica Triviño
NÚMERO DE CEDULA:	39760419		
CELULAR : extensión 5375/5376		CORREO: atrivino@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura	x	2
Pago de Seguridad Social	x	1