| 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 | 10/9/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 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 | **141526** | 12/2/2026 | **1848** | 8/4/2026 | **183726** | 8/4/2026 | **FDS-8529** | 9/9/2026 | N/A | N/A | **$ 12.782.700,00** |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | **$ 12.782.700,00** |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS 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 | | | $ 44.010.300,00 | $ 33.989.700,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 78.000.000,00** | **$ -** | | **$ 44.010.300,00** | **$ 33.989.700,00** |

| **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 07 de septiembre 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 | DianaC. JaimesC. |
|---|---|---|
| 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 |