| 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: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 6/10/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | AGOSTO |
| **No. de Contrato:** | 187-226 | | | **VALOR** | **$70,000,000** | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | MC-162-2026-HOMIL | | | | | | |
| **Objeto** | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE APOYO DIAGNÓSTICO EXTRAHOSPITALARIO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIALIZADA, PARA EL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENT | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A " IDIME S.A." | | | **NIT/ CC** | 800065396 | | |
| **Clase de Contrato** | Prestación de servicios | | | **Modalidad de Contratación** | Mínima cuantía | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **258-02236-7** | **Banco:** | **OCCIDENTE** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | | **Corriente** | **X** |

| | | |
|---|---|---|
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | **Aseguradora (Si aplica):** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** |

| 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 2026 | 190526 | 23/06/2026 | 1905 | 23-06-226 | 276726 | 5/08/2026 | AGOSTO | | | | 0 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | - |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA 2026 | **70.000.000** | | | | 70.000.000 |
| | | | | | |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 70.000.000,00** | **$ -** | **$ -** | **$ -** | **$ 70.000.000,00** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor Diana Carolina Moreno Reyes** | **Fecha de notificación: 29-07-2026** |

| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
|---|---|---|
| | **6/08/2026** | **30/12/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | 5 meses | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, 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** (Para el mes de agosto nos e registraron movimientos)

**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** |
| | | | | | | | | |



| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** | **Diana Carolina Moreno Reyes** |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **1014219304** |
| **CELULAR :** | **CORREO:** |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | |
| Pago de Seguridad Social | X | |