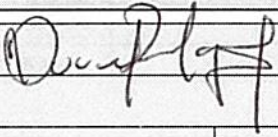


HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI												
Fecha:	17/2/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	FEBRERO							
No. de Contrato:	314-2025			VALOR	166.021.264									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-035-2025-HOMIL													
Objeto	"ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".													
Nombre de Contratista	MODULARES ELYOS SAS			NTI/ CC	900.142.340-3									
Clase de Contrato	COMPRVENTA			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA									
Cuenta Bancaria No.	0560009369997086	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X							
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	17-44-101220508	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	19/12/2025									
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO (2025)	227825	24/9/2025			506425	19/12/2025	FE 556	17/2/2026			\$ 32.725.0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 32.725.0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTI CINCO MIL PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO (2025)	\$ 166.021.264						\$ 154.347.064		\$ 11.674.20					
TOTAL CONTRATO \$ 166.021.264 \$ - \$ - \$ 154.347.064 \$ 11.674.20														
Nombre del Supervisor:Diana Marcela Rodríguez González														
Fecha de notificación:19/12/2025														
Plazo de ejecución: 4 meses														
FECHA DE INICIO 19/12/2025														
FECHA DE TERMINACION 31/12/2025														
Vigencia del Contrato:														
En tiempo														
1- 31/01/2026														
2-30/03/2026														
3-														
Prorrogas:														
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 05/01/2026 y Riesgos Profesionales 05/01/2026 Planilla No.1859669 correspondiente al mes de diciembre 2025 y enero 2026. en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (diciembre 2025 y enero 2026); 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)	ESTAD O (Instalado/	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONE:
N/A														
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	OBSERVACIONE		
N/A														
OBSERVACIONES:														
(40) PUESTO DE TRABAJO RECTO (Largo 1.20 mts)														

Diana Rodríguez
18-2-26

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		PÉNSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	
							Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN
							Página:	10
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA MARCELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ								
								
NÚMERO DE CEDULA:	52717479							
CELULAR : 3158765316						CORREO: drodriguez@homil.gov.co		

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	2



MODULARES ELYOS SAS

CL 7 N° 28-58

Bogotá, D.C, Bogotá, Colombia

NIT 900142340 - 3

Autorización de numeración de facturación electrónica

No. 18764075554141 del 22/07/2024 al 22/07/2026

Habilita numeración de:

FE-394 al FE-2000

Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA

Responsabilidad fiscal:

R-99-PN No Aplica - Otros

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTO RETENEDORES ACTIVIDAD ICA 475411.04*1000 REGIMEN COMUN					Factura Electronica de Venta No. FE556 Fecha de emisión: 17/02/2026 07:13:54 AM Fecha de validación DIAN: 17/02/2026 07:17:19 AM Fecha de vencimiento: 17/02/2026 Plazo (Días): 0 Código de Moneda: COP Tasa de Cambio: Orden de Compra: Remisión: Pedido: Asesor: Aviso de Recibo:				
Cliente: HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT: 830040256 - 0 Dirección: TV 3C No 49-02 Código Cliente: HM Teléfono: 6013486868 Dirección Despacho: Contacto: Ciudad: Bogotá, D.C Departamento: Bogotá País: Colombia									
Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuentos	Impuestos	Rte Fte	Valor Total
1	1	PUESTO DE TRABAJO RECTO Largo 1.20 mts DE ACUERDO A ESPECIFICACIONES TCNICAS	40,00	unidad	COP 687,500.00	COP 0.00	IVA(19%)		COP 27,500,000.00

G E C O
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA

17 FEB 2026
A [Signature]

Total de items: 1 Observaciones: #S15-19-00;Contrato314/2025;facturacionsiff@homil.gov.co.\$
Forma de pago: Contado Medio de pago: Transferencia Débito Interbancario CONSIGNAR Y/O REALIZAR TRANSFERENCIA A LA CUENTA CORRIENTE No 009369997086, BANCO DAVIVIENDA; BENEFICIARIO MODULARES ELYOS SAS

Subtotal:	COP 27,500,000.00
------------------	-------------------

IVA(19%)	COP 5,225,000.00
----------	------------------

Impuestos:	COP 5,225,000.00
Retenciones:	COP 0.00
Cargos de la factura:	COP 0.00
Descuentos de la factura:	COP 0.00
Anticipos:	COP 0.00
Total	COP 32,725,000.00
Neto a pagar	COP 32,725,000.00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE edba3adb1f67ea511881e5c76bd479312b92a5463490e51fa01d4058df62eb25deef967653ddc4674ecfd5384a229c96

Proveedor tecnológico: Comercio Electrónico en Internet CENET S.A. NIT 830057860 Software: misfacturas

