

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:	27/3/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	MARZO							
No. de Contrato:	314-2025			VALOR	166.021.264									
N° 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			NIT/ 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									
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
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 575	26/3/2026			\$ 2.427.6			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.427.6			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS 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					\$ 166.021.264	\$ -							
TOTAL CONTRATO		\$ 166.021.264		-		\$ 166.021.264	\$ -							
Nombre del Supervisor:Diana Marcela Rodriguez González														
Fecha de notificación:19/12/2025														
Plazo de ejecución: 4 meses		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		19/12/2025				31/12/2025								
Vigencia del Contrato:		En tiempo												
Prorrogas:		1-31/01/2026												
		2-30/03/2026												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 12/03/2026 y Riesgos Profesionales 12/03/2026 Planilla No.67480695 correspondiente al mes de febrero y marzo 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 (febrero y marzo 2026); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o l 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	OBSERVACIONES
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	OBSERVACIONES			
N/A														
OBSERVACIONES:														
(S)MESA PARA IMPRESORA.														

Diana Peña
27-3-26

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.

INFORMACION GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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 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 No 28-58

Bogotá, D.C, Bogotá, Colombia

NIT 900142340 -
Autorización de nu
No. 187640755541
Habilita numeració
FE-394 al FE-2000
Régimen: Impu
Responsabilidad fi:
R-99-PN No Aplica

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NO SOMOS AUTO RETENEDORES ACTIVIDAD ICA 4754 11.04*1000 REGIMEN COMUN					Factura Electro	
Cliente: HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT 830040256 - 0 Dirección: TV 3C No 49-02 Codigo Cliente HM Teléfono: 6013486868 Dirección Despacho: Contacto: Ciudad: Bogotá, D.C Departamento: Bogotá País: Colombia					Fecha de emisión	
					Fecha de validación	
					Fecha de vencimiento	
					Plazo (Días):	
					Codigo de Moneda	
					Tasa de Cambio	
					Orden de Compra	
					Remisión	
					Pedido	
					Asesor	
Aviso de Recibo						
Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Carg Descu
1	8	MESA PARA IMPRESORA DE ACUERDO A ESPECIFICACIONES TECNICAS	5,00	unidad	COP 408,000.00	COP

G E C C
VISADO FAC
FECHA ENTREGA

27 MAR

Total de items: 1
Observaciones

Subtotal: