



HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
			MANUAL: CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 10					
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES						PÁGINA 1 DE 2					
			SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI											
Fecha:	3/04/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRÁMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		marzo 2026				
No. de Contrato:	005-2026			VALOR		₡		30.000.000						
Nº de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	CD-008-2026-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN CON SUMINISTRO DE REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DE LOS EQUIPOS MARCA BTL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.													
Nombre de Contratista	BTL COLOMBIA SAS			NIT/ CC		900397663								
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación		Contratación directa								
Cuenta Bancaria No.			Banco:			Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 21-46-101139505			Aseguradora (Si aplica): Seguros del estado S.A.			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 3/2/2026								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	133126	2/02/2026	N/A	N/A	140926	2/02/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	\$0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICIÓN (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
VIGENCIA AÑO 2026	\$30.000.000		\$0			\$0		\$0		\$30.000.000				
TOTAL CONTRATO	\$30.000.000		\$0			\$0		\$0		\$30.000.000				
Nombre del Supervisor: SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL						Fecha de notificación: 04/02/2026								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACIÓN							
			4/2/2026				30/11/2026							
Vigencia del Contrato:			La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más.											
Prórrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
NOTA 1: N/A														
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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA 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	N/A	N/A	N/A			N/A		N/A		N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES:														
1. Los equipos operan conforme a los parámetros establecidos por el fabricante.														
2. Las hojas de vida de los equipos se mantienen actualizadas con los informes de mantenimiento que la empresa remita al Área de Equipo Biomédico en caso de cualquier intervención operativa.														
3. En el mes de marzo de 2026 no se registró ningún movimiento presupuestal en el contrato. La visita de mantenimiento preventivo está proyectada para el mes de agosto de 2026, de conformidad con el cronograma de mantenimiento del equipo, verificado en la base de datos de equipo biomédico.														
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					
N/A	N/A		N/A		Valor		Valor		Valor					
					N/A		N/A		N/A					
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CÓDIGO:		VERSIÓN		10			
							Página:		2 DE 2					

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	FIRMA	
NÚMERO DE CÉDULA:	80.119.540	
CELULAR : 3142755218	CORREO: nevargas@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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


 Elaboró: José Doreto Sandoval Baez
 Técnico Especialista
 Área de Equipo Biomédico