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:	20/04/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	ABRIL

No. de Contrato:	N°PS-0140-2026	**VALOR**	$ 40.067.500
de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0111-2026		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICO PARA LA UNIDAD DE APOYO LOGISTICO DE LA ENTIDAD DECENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR		
Nombre de Contratista	Juan Esteban Quiñones Quiñones	**NIT/ CC**	1.004.052.177
Clase de Contrato	Prestacion de servicios	**Modalidad de Contratación**	Contratacion Directa

enta Bancaria No.	61200000153	**Banco:**	Bancolombia	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	x	**Corriente**	

rantía Cumplimiento (Si lica) :	**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 AÑO (2026)	27726	7/01/2026	27	7/01/2026	129626	20/01/2026	ABRIL				$ 3.525.000,00
LOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 3.525.000,00

LOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO 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)
GENCIA AÑO (2026)	40.067.500	0	0	$ 11.867.500,00	28.200.000,00
TAL CONTRATO	$ 40.067.500,00	$ -	$ -	$ 11.867.500,00	28.200.000,00

mbre del Supervisor: SP. Nelson Enrique Vargas Sabogal	**Fecha de notificación:** 23/01/2026

azo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	20/01/2026	31/12/2026

gencia del Contrato:	Vigencia año 2026
	En tiempo
orrogas:	**1-**
	2-
	3-

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión **2026/04/01** y riesgos profesionales **2026/04/01** Planilla N° **6009541551** – correspondiente al mes de **(MARZO)**
mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(MARZO)**; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es rte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OTA 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.

OTA 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

OTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

ESCRIPCION 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

SERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

OTA 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: SP. Nelson Enrique Vargas Sabogal

NÚMERO DE CEDULA: 80.119.540

CELULAR : 3142755218

CORREO: nvargas@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		
Pago de Seguridad Social		