


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

No. de Contrato:	PS-0139-2026	VALOR	40.067.500
------------------	--------------	-------	------------

N° de Proceso en el ECOP II /Tienda virtual	PS-GECO-0111-2026
---	-------------------

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMEDICO PARA LA UNIDAD DE APOYO LOGISTICO DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL
--------	--

Nombre de Contratista	JACKSON AUGUSTO AVILA WALTEROS	NIT/ CC	80116817
-----------------------	--------------------------------	---------	----------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
-------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Cuenta Bancaria No.	008380417900	Banco:	Davienda	Tipo de Ahorro	X	Corriente
---------------------	--------------	--------	----------	----------------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	N/A	Aseguradora (Si aplica):	N/A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	N/A
------------------------------------	-----	--------------------------	-----	---	-----

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN 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	129526	20/01/2026	ABRIL				3.525.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											3.525.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2026	\$ 40.067.500,00			\$ 11.867.500,00	\$ 28.200.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 40.067.500,00	\$ -	\$ -	\$ 11.867.500,00	\$ 28.200.000,00

Nombre del Supervisor SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	Fecha de notificación: 22/01/2026
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución: Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	20/01/2026	31/12/2026

Vigencia del Contrato: VIGENCIA AÑO 2026	En tiempo
Requerimientos:	1-
	2-
	3-

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04/20 y riesgos profesionales 2026/04/20 Planilla N° 69632193- correspondiente al mes de MARZO en 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 presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, cual es parte 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 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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia y ubicación)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

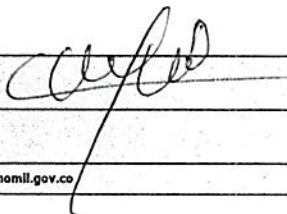
OTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP. NELSON ENRRIQUE VARGAS SABOGAL		
NÚMERO DE CEDULA:	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	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1