

Fecha:	20/4/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRÁMITE PARA PAGO	X	UN DE SERVICIO Y/O MES	ABRIL
No. de Contrato:	PS-0141-2026	VALOR		40.067.500,00		

Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual: SP-GECCO-0111-2026
 Objeto: Prestación de servicios como tecnólogo en mantenimiento de equipo biomédico para la unidad de apoyo logístico de la unidad descentralizada del sector defensa- Hospit

Nombre de Contratista:	Oscar Galvis Osorio	NIT/CC	13544755			
Clase de Contrato:	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.			
Cuenta Bancaria No.:	199053356	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X Corriente

Garantía Cumplimiento (Si aplica):
 Aseguradora (Si aplica):
 Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):

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
											\$
2026	27726	7/1/2026	27	7/1/2026	129726	20/1/2026	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 m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
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:	NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	Fecha de notificación:	23/01/2026
Plazo de ejecución:	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	20/1/2026		31/12/2026
Vigencia del Contrato:	Vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04/06 Planilla N° 6009406106 correspondiente al mes de MARZO en 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 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 detallada de 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/existencias almacen)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
----------	--------------------------------------	-------	----------------------------	------------------	------------------------------	------------------	-----------------------------	--	----------	----------------------------------	----------------------	----------------	-------------	---------------

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	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
------------------------	-------	-------	-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------

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

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN:	10
		Página:		1 DE 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL
 NÚMERO DE CEDULA: 80119540
 CELULAR: 3142755218
 CORREO: nvargas@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