


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>	<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>	<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>
	<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>
	<b>MANUAL: CONTRATACION</b>	<b>VERSIÓN: 10</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>	
	<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>	

<b>Fecha:</b>	31/3/2026	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>	X	<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>	<b>MARZO</b>
---------------	-----------	------------------------------	---	--------------------------	---	--------------

<b>No. de Contrato:</b>	007-2026	<b>VALOR</b>	\$	<b>11.000.000,00</b>
-------------------------	----------	--------------	----	----------------------

<b>Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	MC-001-2026-HOMIL
---	-------------------

<b>Objeto</b>	"SUMINISTRO DE TERMOHIGROMETROS DIGITALES CON SONDA Y CERTIFICACIÓN ONAC PARA EL CONTROL DE LA TEMPERATURA Y HUMEDAD PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".
---------------	---

<b>Nombre de Contratista</b>	METLAB SAS	<b>NIT/ CC</b>	<b>901125565</b>
------------------------------	------------	----------------	------------------

<b>Clase de Contrato</b>	Suministro	<b>Modalidad de Contratación</b>	Minima cuantia
--------------------------	------------	----------------------------------	----------------

<b>Cuenta Bancaria No.</b>	<b>003900157631</b>	<b>Banco:</b>	<b>BANCO DAVIVIENDA</b>	<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	X	Corriente
----------------------------	---------------------	---------------	-------------------------	------------------------	---------	---	-----------

<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>	CO1.WRT.19482831	<b>Aseguradora (Si aplica):</b>	<b>SEGUROS DEL ESTADO</b>	<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>	23/2/2026
---	------------------	---------------------------------	---------------------------	--	-----------

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					
2026	128026	16/1/2026	1539	23/2/2026	153526	23/2/2026	MET 5705	13/3/2026	---	<b>ACTIVOS FIJOS</b>	<b>\$ 2.499.000,00</b>
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											<b>\$ 2.499.000,00</b>

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS CON CERO CENTAVOS 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 2026	<b>\$ 11.000.000,00</b>	N/A	N/A	<b>\$ 2.499.000,00</b>	<b>\$ 8.501.000,00</b>
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 11.000.000,00</b>	\$ -	\$ -	<b>\$ 2.499.000,00</b>	<b>\$ 8.501.000,00</b>

<b>Nombre del Supervisor SV. Juan Alberto Melo Neisa</b>	<b>Fecha de notificación: 23/02/2026</b>
--	--

<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE TERMINACION</b>
	<b>23/2/2026</b>	<b>15/12/2026</b>

<b>Vigencia del Contrato:</b>	10 MESES
-------------------------------	----------

<b>Prorrogas:</b>	<b>En tiempo</b>
	1-
	2-
	3-

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS 03/2026 - Pensión 02/2026 y riesgos profesionales 12-03-2026 planilla N° 67603352 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social 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 detalla da el cuadro reacionado a continuación:

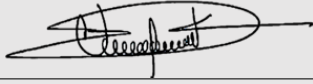
**NOTA 4:** En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

OBSERVACIONES: OMITIDO

**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	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
COMPENSAR	67603352	12-3-2026	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: SV. Juan Alberto Melo Neisa



NÚMERO DE CEDULA:

1012362890

CELULAR : 3104242991

CORREO: jamelo@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	--	0
Acta de supervisión y/o Factura	--	0
Pago de Seguridad Social	--	0