


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:	31/5/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
---------------	-----------	------------------------------	---	--------------------------	---	-------------

No. de Contrato:	007-2026	VALOR	\$	11.000.000,00
-------------------------	----------	--------------	----	----------------------

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

Objeto	"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".
---------------	---

Nombre de Contratista	METLAB SAS	NIT/ CC	901125565
------------------------------	------------	----------------	------------------

Clase de Contrato	Suministro	Modalidad de Contratación	Minima cuantia
--------------------------	------------	----------------------------------	----------------

Cuenta Bancaria No.	003900157631	Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta :	Ahorros	X	Corriente
----------------------------	---------------------	---------------	-------------------------	-------------------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	CO1.WRT.19482831	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	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 5924	20/5/2026	---	ACTIVOS FIJOS	\$ 2.499.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.499.000,00

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	\$ 11.000.000,00	N/A	N/A	\$ 7.497.000,00	\$ 3.503.000,00
TOTAL CONTRATO	\$ 11.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 7.497.000,00	\$ 3.503.000,00

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

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

Vigencia del Contrato:	10 MESES
-------------------------------	----------

Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS 05/2026 - Pensión 04/2026 y riesgos profesionales 19-05-2026 planilla N° 83682118 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de MAYO; 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

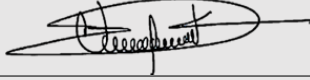
OBSERVACIONES: OMITIDO

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	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
COMPENSAR	83682118	19-5-2026						
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	--	--
Acta de supervisión y/o Factura	--	--
Pago de Seguridad Social	--	--