

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:	2/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO							
No. de Contrato:	033-2026			VALOR	\$ 10.000.000,00									
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	029-2026													
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS, CONSUMIBLES, ELEMENTOS ELECTRÓNICOS, NEUMÁTICOS, HIDRÁULICOS, MECÁNICOS Y DEMÁS MATERIALES NUEVOS ORIGINALES NO REMANUFACTURADOS PARA REALIZAR MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS Y ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS			NIT/ CC	900343346-1									
Clase de Contrato	SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	MINIMA CUNTIA									
Cuenta Bancaria No.	24106552335		Banco:	BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X					
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	1500158231901		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	14/4/2026							
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								
VIGENCIA AÑO 2026	145626	17/2/2026	1456	13/4/2026	204726	12/5/2026								
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											-			
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)					
VIGENCIA AÑO 2026	10.000.000		0		0									
									\$ -					
									\$ -					
TOTAL CONTRATO	\$ 10.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -					
Nombre del Supervisor NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL												Fecha de notificación: 14/05/2026		
Plazo de ejecución		240 Días		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION						
				14/4/2026				30/11/2026						
Vigencia del Contrato:		VIGENCIA AÑO 2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° – correspondiente al mes de en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (); 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.														
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 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
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: EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE EN EL PRESENTE MES NO INGRESARON REPUESTOS, EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE MAYO 2026.														
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						
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO										CODIGO:	VERSIÓN	10	
											Página:	2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL														

