

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:	22/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR				TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO					
No. de Contrato:	N°PS-0141-2026					VALOR	\$ 40.067.500							
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual	SP-GECO-0111-2026													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICO PARA LA UNIDAD DE APOYO LOGISTICO DE LA ENTIDAD DECENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA - HOSPITAL MILITAR													
Nombre de Contratista	Oscar Galvis Osorio					NIT/ CC	13.544.755							
Clase de Contrato	Prestacion de servicios					Modalidad de Contratación	Contratacion 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	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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)	27726	7/1/2026	27	7/1/2026	129626	20/1/2026	JUNIO				\$ 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)					
VIGENCIA AÑO (2026)	40.067.500		0		0		\$ 18.917.500,00		21.150.000,00					
TOTAL CONTRATO \$ 40.067.500,00 \$ - \$ - \$ 18.917.500,00 21.150.000,00														
Nombre del Supervisor: SP. 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 año 2026												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/01 y riesgos profesionales 2026/06/01 Planilla N° 6018215837 – correspondiente al mes de (MAYO) en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de 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 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 o existencias almacenadas)	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														
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		
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 \$ 6.500.000 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: SP. Nelson Enrique Vargas Sabogal														
NÚMERO DE CEDULA: 180.119.540					CORREO: nvargas@homil.gov.co									
CELULAR : 3142755218														