

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CODIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05	
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024	
		MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI							

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-0140-2026	VALOR	\$ 40.067.500
------------------	----------------	-------	---------------

N° de Proceso en el SECOP II / 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	Juan Esteban Quiñones Quiñones	NIT/ CC	1.004.052.177
-----------------------	--------------------------------	---------	---------------

Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación Directa
-------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

Cuenta Bancaria No.	61200000153	Banco:	Bancolombia	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: Verifica pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/06/01 y riesgos profesionales 2026/06/01 Planilla N° 6018213192 – 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 presenta 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 (Inventariar))	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: 80.119.540	CORREO: nvargas@homil.gov.co
CELULAR : 3142755218	

