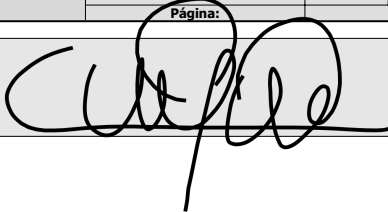


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
			MANUAL: CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 10					
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES											
			SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI						PÁGINA 1 DE 2					
Fecha:	3/07/2026		INFORME DE SUPERVISOR	X		TRÁMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		junio 2026			
No. de Contrato:	079-2026					VALOR	\$ 20.000.000							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-074-2026-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS, COMPONENTES Y PARTES ORIGINALES NUEVAS (NO RE MANUFACTURADOS) PARA LOS ANALIZADORES CORPORAL MARCA SECA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	Allers S.A.S					NIT/ CC	890312452							
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación	Mínima cuantía							
Cuenta Bancaria No.	249243742		Banco:	BANCO DE BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 17282926			Aseguradora (Si aplica): SEGUROS SURA			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 03/06/2026								
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP								
VIGENCIA AÑO 2026	125526	14/01/2026	2141	14/01/2026	211926	1/06/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	\$0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICIÓN (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
VIGENCIA AÑO 2026	\$20.000.000		\$0			\$0		\$0		\$20.000.000				
TOTAL CONTRATO	\$20.000.000		\$0			\$0		\$0		\$20.000.000				
Nombre del Supervisor: SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL												Fecha de notificacion: 04/06/2026		
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACIÓN						
			3/6/2026					30/11/2026						
Vigencia del Contrato:			La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más.											
Prórrogas:			En tiempo											
			1-											
			2-											
			3-											
NOTA 1: N/A														
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 ALMACÉN	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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
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	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO		FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES		
N/A	N/A	N/A	N/A			N/A		N/A		N/A	N/A	N/A		
OBSERVACIONES:														
1. Los equipos se encuentran operando de conformidad con los parámetros y especificaciones establecidas por el fabricante.														
2. Las hojas de vida de los equipos se mantienen actualizadas con los informes de mantenimiento que la empresa remita al Área de Equipo Biomédico en caso de cualquier intervención operativa.														
3. En el mes de junio de 2026 no se registró ningún movimiento presupuestal en el contrato.														
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						
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO									CÓDIGO:	VERSIÓN	10		
										Página:	2 DE 2			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL					FIRMA									

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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



Elaboró: José Nemesio Sandoval Báez
Técnico de Soporte
Área de Equipo Biomédico