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:	019-2026	**VALOR**	**$ 81.284.140**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-010-2026-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PLATAFORMA DE MONITOREO HEMODINÁMICO AVANZADO MARCA EDWARDS LIFESCIENCES DEL SERVICIO DE UCI CORONARIA		
Nombre de Contratista	EDWARDS LIFESCIENCES COLOMBIA SAS	**NIT/ CC**	**900618831**
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	**Contratación directa**

Cuenta Bancaria No.	**359061983**	**Banco:**	**Banco de Bogota**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 18-44-101113806	**Aseguradora (Si aplica): Seguros del estado S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 07/05/2026**

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	**132826**	**22/01/2026**	**2016**	**5/05/2026**	**199826**	**5/05/2026**	**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	$81.284.140	$0	$0	$0	$81.284.140
TOTAL CONTRATO	**$81.284.140**	**$0**	**$0**	**$0**	**$81.284.140**

Nombre del Supervisor: SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL — **Fecha de notificacion: 8/5/2026**

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
Plazo de ejecución	**8/5/2026**	**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. El equipo opera conforme a los parámetros establecidos por el fabricante.

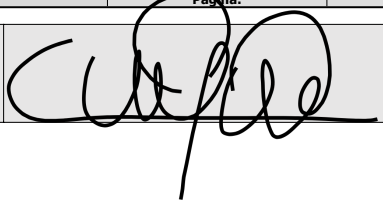
2. Las hojas de vida de los equipos se mantienen actualizadas con los informes de mantenimiento que la empresa remita al Área de Equipo Biomédico en caso de cualquier intervención operativa.

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO:	VERSIÓN	10
		Pagina:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SP NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	FIRMA	

NÚMERO DE CÉDULA:	**80.119.540**
CELULAR : 3142755218	**CORREO: nevargas@homil.gov.co**

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 Nicolás Sandoval Báez
Técnico en Servicios
Área de Equipo Biomédico