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:	5/8/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JULIO

No. de Contrato:	133-2026	**VALOR**	$ 50,000,000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MINIMA CUANTIA 108-2026		
Objeto	"SUMINISTRO DE REPUESTOS Y/O ACCESORIOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANOFACTURADOS PARA LAS CAMAS MARCA MUBI DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".		
Nombre de Contratista	L.A.S. ELECTROMEDICINA S.A.S.	**NIT/ CC**	: 860526809-1
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	Contratación Minima Cuantia

Cuenta Bancaria No.	011460882	**Banco:**	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**Asegurador a (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 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					
2026	144926	17/2/2026	2410	26/6/2026	239126	26/6/2026					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	50.000.000,00				
					-
TOTAL CONTRATO	**$ 50.000.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ -**

Nombre del Supervisor: NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL	**Fecha de notificación:02/07/2026**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	2/7/2026	**30/11/2026**
Vigencia del Contrato:	vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.	
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. 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 detalla da el cuadro realcionado 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

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 EL SUPERVISOR SE PERMITE INFORMAR QUE EN EL PRESENTE INFORME NO SE REALIZA INGRESO DE PEDIDO REPUESTOS, ESTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE JULIO DE 2026.

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.808.000 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

NÚMERO DE CEDULA:	**80119540**
CELULAR : 3142755218	**CORREO: NEVARGAS@HOMIL.GOV.CO**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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