

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: CONTRATACIÓN					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:	127-2026	VALOR	\$ 25,000,000
------------------	----------	-------	---------------

N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MINIMA CUANTIA 103-2026
--	-------------------------

Objeto	SUMINISTRO DE REPUESTOS, CABLES, BATERIAS Y ACCESORIOS NUEVOS ORIGINALES NO REMANOFACTURADOS PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS MARCA BIOLIGHT QUE LO REQUIERAN (MONITORES DE SIGN PERTENECIENTES A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
--------	---

Nombre de Contratista	MEQ TECNOLOGIA MEDICA S.A.S.	NIT/ CC	: 900810245-8
-----------------------	------------------------------	---------	---------------

Clase de Contrato	SUMINISTRO	Modalidad de Contratación	Contratación Mínima Cuantía
-------------------	------------	---------------------------	-----------------------------

Cuenta Bancaria No.	456170246874	Banco:	DAVIVIENDA	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	145726	17/2/2026	2461	30/6/2026	2461	30/6/2026					

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	25.000.000,00				
					-
TOTAL CONTRATO	\$ 25.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

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 (Instalad o/ existencia s 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		