

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:	033-2026				VALOR		\$ 10.000.000,00										
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	029-2026																
Objeto	"SUMINISTRO DE INSUMOS, CONSUMIBLES, ELEMENTOS ELECTRÓNICOS, NEUMÁTICOS, HIDRÁULICOS, MECÁNICOS Y DEMÁS MATERIALES NUEVOS ORIGINALES NO REMANUFACTURADOS PARA REALIZAR MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LOS DIFERENTES SERVICIOS Y ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL																
Nombre de Contratista	SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS				NIT/ CC		900343346-1										
Clase de Contrato	SUMINISTRO				Modalidad de Contratación		MINIMA CUANTIA										
Cuenta Bancaria No.	24106552335		Banco:	BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente		X						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	1500158231901		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	14/4/2026										
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											
VIGENCIA AÑO 2026	145626	17/2/2026	1456	13/4/2026	204726	12/5/2026											
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO																-	
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)								
VIGENCIA AÑO 2026	10.000.000		0		0												
									\$ -								
									\$ -								
TOTAL CONTRATO	\$ 10.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ -								
Nombre del Supervisor NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL																Fecha de notificación: 14/05/2026	
Plazo de ejecución		240 Días		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION									
				14/4/2026				30/11/2026									
Vigencia del Contrato:		VIGENCIA AÑO 2026															
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.																	
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 reacionado 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																	
DESCRIPCIÓN 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 MES NO INGRESARON REPUESTOS, EL PRESENTE INFORME CORRESPONDE AL MES DE JULIO 2026.																	
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: NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL																	

