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	PAGINA 1 DE 2
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

Fecha:	AGOSTO	INFORME DE SUPERVISOR	AGOSTO	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES AGOSTO 2026
No. de Contrato:	207-2026 ALEMKO MEDICAL SAS			VALOR	VALOR INICIAL	$ 8.000.000	
					VATOR TOTAL		8.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC 184-2026						
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS SUMINISTROS DE REPUESTOS ACCESORIOS INSUMOS Y/O CONSUMIBLES ORIGINALE NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LOS E DE INSTRUMENTAL MARCA GIMMI GEISTER A1 MEDICAL FENTEX Y PETER LAZC QUE PERTENECEN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	ALEMKO			NIT/ CC		900295746-1	
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO			Modalidad de Contratación		MINIMA CUANTIA	
Cuenta Bancaria No.	001901775S	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	14-44-101219908	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	3-oct-24		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO ALMACEN	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (EJ:2025)	175526	27/04/2026	2949	21/08/2026	291726	21/08/2026	NO.				$
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$
SALDO DEL CONTRATO											$ 8.000.000

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (EJ:2024)	8.000.000		0		$ 8.000.000
			$ -		
TOTAL CONTRATO	$ 8.000.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 8.000.000

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO

Fecha de notificación: 27/08/2026

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución		
Vigencia del Contrato:	27/08/2026	31/12/2026
	4-10-24	31-12-24
Prorrogas:	En tiempo	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° correspondiente al mes 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 de el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo al 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 : SE RECIBEN A SATISFACCION Y SE ENTREGAN A CENTRAL DE ESTERILIZACION, SE REALIZO UNA NOTA A CREDITO A LA FACTURA FE1348 YA QUE PRESENTO UN MAYOR VALOR AL RUBRO ASIGNADO AL CONTRATO.

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: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
NUMERO DE CEDULA: 35418457
CELULAR : 3125868271 CORREO: marcas1900@hotmail.com

Powered by CamScanner