HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	4/09/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	agosto 2026

No. de Contrato:	134-2026	VALOR	$ 48.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-073-2026-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS, COMPONENTES Y PARTES ORIGINALES NUEVAS (NO RE MANUFACTURADOS) PARA EL SISTEMA DE REGULACIÓN TÉRMICA MARCA LIVANOVA DEL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		
Nombre de Contratista	LIVANOVA COLOMBIA SAS	NIT/ CC	900839128
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.	0833025786	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : NB-100456009	Aseguradora (Si aplica): ASEGURADORA SOLIDARIA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 17/7/2026

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	145226	17/02/2026	2573	14/07/2026	254626	14/07/2026	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											N/A

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	$48.000.000	$0	$0	$0	$48.000.000
TOTAL CONTRATO	$48.000.000	$0	$0	$0	$48.000.000

Nombre del Supervisor: SP. NELSON ENRIQUE VARGAS SABOGAL — **Fecha de notificacion: 22/07/2026**

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	17/7/2026	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 está operando según los parámetros establecidos por el fabricante.

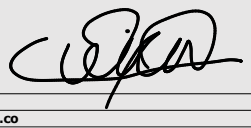
2. La hoja de vida del equipo se mantiene actualizada con los informes de mantenimiento que la empresa haga llegar al Área de Equipo Biomédico en caso de realizarse alguna intervención operativa.

3. En el mes de agosto de 2026 no se registró ningún movimiento presupuestal en el contrato. Se ejecuta el mantenimiento preventivo del equipo, se está a la espera de la generación de la factura por parte del contratista.

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
		Página:	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 de Servicios
Área de Equipo Biomédico