HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	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:	5/09/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	agosto 2025

No. de Contrato:	365-2022	VALOR	$ 65.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-291-2022-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DE LOS MICROTOMOS, MICROSCOPIOS Y EQUIPOS MARCA SAKURA, LEICA, NIKON DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LA VIGENCIA 2022-2026		
Nombre de Contratista	UMBRELLA BIOLABS	NIT/ CC	9014095734
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.	29900000644	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 49-44-101029553	Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA.	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 26/12/2022

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 2022	153322	20/10/2022	N/A	N/A	581522	22/12/2022	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VIGENCIA AÑO 2023	10523	N/A	N/A	N/A	87223	11/01/2023	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VIGENCIA AÑO 2024	117824	N/A	N/A	N/A	117824	10/01/2024	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VIGENCIA AÑO 2025	6125	8/01/2025	N/A	N/A	4625	8/01/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
VIGENCIA AÑO 2026	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	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 2022	$1.000.000	$0	$0	$1.000.000	$0
VIGENCIA AÑO 2023	$19.000.000	$0	$0	$19.000.000	$0
VIGENCIA AÑO 2024	$19.000.000	$0	$8.176.128	$10.823.872	$0
VIGENCIA AÑO 2025	$19.000.000	$0	$0	$15.091.459	$3.908.541
VIGENCIA AÑO 2026	$7.000.000	$0	$0	$0	$7.000.000
TOTAL CONTRATO	**$65.000.000**	**$0**	**$8.176.128**	**$45.915.331**	**$10.908.541**

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	Fecha de notificación: 01-10-2024

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	27/12/2022	31/7/2026
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. Los equipos operan conforme a los parámetros establecidos por el fabricante.

2. Las hojas de vida de los equipos se mantienen actualizadas con los informes de mantenimiento que la empresa remita al Área de Equipo Biomédico en caso de cualquier intervención operativa.

3. En el mes de agosto de 2025, no se ha registrado ningún movimiento presupuestal en el contrato.

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

N/A	N/A	N/A	Entidad	Valor	Entidad	Valor		Entidad	Valor
			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: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	**FIRMA**	Adriana Escobar Renteria Ingeniería Biomedica Inulma: RH - 201710-534 TP: 76244178164 V11

NÚMERO DE CÉDULA:	**1.130.604.494**
CELULAR : 3022913453	**CORREO: aescobar@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

Elaboró: Jose Nicolas Sandoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico