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:	3/10/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRÁMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**septiembre 2025**

No. de Contrato:	049-2025	**VALOR**	**$ 34.000.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-056-2025-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS CON SUMINISTRO DE REPUESTOS Y ACCESORIOS, INSUMOS Y CONSUMIBLES ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LOS EQUIPOS DE LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA Y OTORRINO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	TECNOLOGIAS MEDICAS COLOMBIA SAS	**NIT/ CC**	**900448208**
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	**Mínima cuantía**

Cuenta Bancaria No.	**17877559582**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente** **X**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 11-44-101254052 | **Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO SA** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 30/04/2025**

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 2025	**153225**	**20/03/2025**	**N/A**	**N/A**	**188025**	**28/04/2025**	**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 2025	$34.000.000	$0	$0	$23.913.814	$10.086.186
TOTAL CONTRATO	**$34.000.000**	**$0**	**$0**	**$23.913.814**	**$10.086.186**

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA | **Fecha de notificación: 04-05-2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACIÓN**
	2/5/2025	**30/11/2025**
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 CON IVA	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. La próxima visita de mantenimiento preventivo se proyecta ejecutar en el mes de noviembre de 2025 de acuerdo al cronograma.

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 septiembre 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	
			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: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA | **FIRMA**

Adriana Escobar Renteria
Ingeniería Biomédica
Inscrito RHL 201710-534
624-2020 Ext. 1111

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	X	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	X	N/A
Pago de Seguridad Social	X	N/A

Elaboró: José Nicolás Sendoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico