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:	085-2025	**VALOR**	**$301.200.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-021-2025-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS INCLUIDO REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS PARA LOS EQUIPOS DE MARCA CAREFUSION y VYAIRE MEDICAL (VENTILADORES MECÁNICOS, EQUIPO DE FUNCIÓN PULMONAR Y POLISOMNOGRAFÍA) DE LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA, TERAPIA RESPIRATORIA-UCIS Y LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	INSTRUMENTACION S.A.	**NIT/ CC**	**860001130**
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	**Contratación directa**

Cuenta Bancaria No.	**04217645913**	**Banco:**	**Bancolombia**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**

Garantía Cumplimiento: 18-44-101106982	**Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía: 22/5/2025**

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	152825	19/03/2025	2013	09-06-2025	219725	9/06/2025	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	$301.200.000	$0	$0	$137.761.904	$163.438.096
TOTAL CONTRATO	**$301.200.000**	**$0**	**$0**	**$137.761.904**	**$163.438.096**

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	**Fecha de notificación: 12-06-2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACIÓN**
	5/8/2025	**30/11/0202**
Vigencia del Contrato:	La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (06) 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	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:

. Los equipos están operando según 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 haga llegar al Área de Equipo Biomédico en caso de realizarse alguna intervención operativa.

3. Durante 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	
			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 Ingenieria Biomedica Maestría: RH - 201710-534 TP: 76244178164 V11
NÚMERO DE CÉDULA:	**1.130.604.494**	
CELULAR : 3165333904	**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 Sandoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico