

HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO								CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-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:	5/11/2025		INFORME DE SUPERVISOR		X		TRÁMITE PARA PAGO				MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		octubre 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 VYAIR 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														
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN				
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		\$188.714.840		\$112.485.160				
TOTAL CONTRATO	\$301.200.000		\$0				\$0		\$188.714.840		\$112.485.160				
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	
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 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 octubre 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								
NÚMERO DE CÉDULA:		1.130.604.494													
CELULAR : 3165333904		CORREO: aescobar@homil.gov.co													
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:															

DOCUMENTOS	SI	Nº 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 Béz
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico