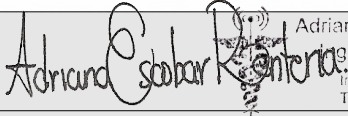


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO							CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05				
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS							FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024				
			MANUAL: CONTRATACIÓN							VERSIÓN: 10				
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES											
			SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI							PÁGINA 1 DE 2				
Fecha:	5/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO				MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	octubre 2025					
No. de Contrato:	077-2025						VALOR	\$14.000.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-018-2025-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y CALIBRACIÓN CON SUMINISTRO DE REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DE LOS EQUIPOS MARCA CADWELL (ELECTROMIÓGRAFO Y POLISOMNÓGRAFO) DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	AYB EQUIPOS MEDICOS						NIT/ CC	830005860						
Clase de Contrato	Prestación de servicios						Modalidad de Contratación	Contratación directa						
Cuenta Bancaria No.	132084302	Banco:	BBVA			Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente					
Garantía Cumplimiento: 14-46-101141745		Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO SA			Fecha de aprobación de la Garantía: 22/05/2025									
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	146425	5/03/2025	2024	13/05/2025	146425	5/03/2025	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO			N/A								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	\$14.000.000		\$0			\$0		\$0		\$14.000.000				
TOTAL CONTRATO	\$14.000.000		\$0			\$0		\$0		\$14.000.000				
Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA												Fecha de notificación: 22-10-2025		
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACIÓN					
			22/5/2025						30/11/2025					
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, el mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a cronograma se encuentra proyectado para el mes de noviembre de 2025.														
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		 Adriana Escobar Renteria Ingeniería Biomedica Instituto: 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 Baez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico