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:	4/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	junio 2025

No. de Contrato:	089-2025	VALOR	$ 25.000.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-086-2025-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS CON SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE REPUESTOS ACCESORIOS NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA EL CAPNÓGRAFO TRANSCUTÁNEO MARCA SENTEC EMPLEADO EN LA UCI PEDIÁTRICA Y UCI NEONATAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	CLINICAL SALES AND MARKETING INC CO SAS	NIT/ CC	901253170
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Mínima cuantía

Cuenta Bancaria No.	535-001184	Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 3945436–4	Aseguradora (Si aplica): SURAMERICANA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 18/6/2024

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	157425	7/04/2025	2188	4/06/2025	217225	4/06/2025	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	$25.000.000	$0	$0	$0	$25.000.000
TOTAL CONTRATO	$25.000.000	$0	$0	$0	$25.000.000

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	Fecha de notificación: 10-06-2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	10/6/2025	30/11/2025
Vigencia del Contrato:	La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) 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. El equipo está operando según los parámetros establecidos por el fabricante.

2. La hojas de vida del equipo se mantiene actualizada 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 junio 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	FIRMA	Adriana Escobar Renteria Ingeniería Biomedica Tarjeta: 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	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