




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						PÁGINA 1 DE 2						
		SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI												
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:	152-2025					VALOR	\$		34.800.000					
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-123-2025-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO INCLUYE SUMINISTRO DE REPUESTOS, PARTES, ACCESORIOS, COMPONENTES ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DE LOS EQUIPOS DE LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA MICROSCOPIOS QUIRURGICOS MARCA LEICA DEL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA Y EL TOMÓGRAFO ÓPTICO MARCA OCULUS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	ANDREC SURGICAL SA					NIT/ CC	830.103.910-1							
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación	Mínima cuantía							
Cuenta Bancaria No.	30422880101	Banco:	BANCOLOMBIA			Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 11-44-101260611		Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO S.A.			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 29/7/2025									
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	143325	24/02/2025	2592	18/07/2025	257325	18/07/2025	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	\$34.800.000	\$0				\$0		\$0		\$34.800.000				
TOTAL CONTRATO	\$34.800.000	\$0				\$0		\$0		\$34.800.000				
Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA						Fecha de notificación: 27/8/2025								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACIÓN								
		30/7/2025				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	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	Nº 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 Ingeniera Biomedica Inhuina: RH - 201710-534 TP: 76244178164 V11							
NÚMERO DE CÉDULA:	1.130.604.494					CORREO: aescobar@homil.gov.co								
CELULAR :	3022913453													
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														

Elaboró: 
Técnico de Servicio
Área de Equipo Biomédico

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2