

HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
HOSPITAL MILITAR CENTRAL			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:	177-2025					VALOR		\$					20.000.000	
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-129-2025-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS, SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS, COMPONENTES Y PARTES ORIGINALES NUEVAS (NO RE MANUFACTURADOS) PARA LOS EQUIPOS MARCA ST JUDE-ABBOT													
Nombre de Contratista	ST. JUDE MEDICAL COLOMBIA LTDA.					NIT/ CC		811021765						
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación		Mínima cuantía						
Cuenta Bancaria No.	0304000200001118		Banco:		BBVA		Tipo de Cuenta:		Ahorros		X		Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 16786602			Aseguradora (Si aplica): SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 24/9/2025								
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	161425	16/04/2025	2834	6/08/2025	280925	6/08/2025	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	\$20.000.000		\$0		\$0		\$0		\$20.000.000					
TOTAL CONTRATO	\$20.000.000		\$0		\$0		\$0		\$20.000.000					
Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA													Fecha de notificación: 24/9/2025	
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACIÓN						
		24/9/2025						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)	CANTIDA D	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 Ingeniería Biomedica Cedula: 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	2

Elaboró: José Nicolás Sandoval Báez
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico