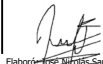


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
			MANUAL: CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 10					
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES											
			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:	186-2025					VALOR		\$ 40.000.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-144-2025-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS, INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS, COMPONENTES Y PARTES ORIGINALES NUEVAS (NO RE MANUFACTURADOS) PARA LAS TORRES DE CIRUGIA MARCA STRYKER DEL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	STRYKER COLOMBIA S.A.S					NIT/ CC		900403832						
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación		Mínima cuantía						
Cuenta Bancaria No.	0072753461		Banco:	Citibank Colombia S.A.			Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : 18-44-101108619			Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO			Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 27/8/2025								
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	159125	9/04/2025	2912	19/08/2025	289025	19/08/2025	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	\$40.000.000		\$0			\$0		\$0		\$40.000.000				
TOTAL CONTRATO	\$40.000.000		\$0			\$0		\$0		\$40.000.000				
Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA														
Fecha de notificación: 27/8/2025														
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACIÓN							
	27/8/2025						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	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							
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor						
N/A	N/A	N/A	N/A	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		Inuma: RH - 201710-534					
CELULAR : 3022913453									TP: 76244178164_V11					
CORREO: aescobar@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														



Elaboró: **Roberto Sandoval Baez**
Técnico de Servicios
Área de Equipo Biomédico

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