	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	CÓDIGO:	DE-DEAJU-FR-027
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	VERSIÓN N°:	05
		VIGENCIA:	12-12-2024

UNIDAD Y/O DEPENDENCIA: JEFATURA DE SALUD FAC

FECHA INFORME: Día: 05 Mes: 12 Año: 2025

CONTRATO N°. 105-07-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-2025

CONTRATISTA: QUIRURGIL S.A.S.

VALOR DEL CONTRATO: $ 15.114.500,00

FORMA DE PAGO:
LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA pagará al Contratista el valor del contrato así: El MINISTERIO realizará el pago del valor del contrato en PAGOS PARCIALES, dentro de los 60 días siguientes a la APROBACIÓN de las facturas y sus documentos de soporte según los desembolsos realizados por el Tesoro Nacional y previa prestación del servicio tras agotados los trámites administrativos a que haya lugar, acompañando para su pago de: a. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar), la cual debe ser expedida por el revisor fiscal de la empresa o el representante legal de la misma, en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007. b. La publicación en el SECOP II de la factura y el certificado de aportes parafiscales, por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad. c. Acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato. d. Orden de alta expedida por el almacenista JEFSA FAC (para los casos que aplique). Los anteriores valores se pagarán previa entrega de los informes o entregables previstos por la Entidad contratante, el acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato, factura o documento equivalente y constancia de pago de los aportes correspondientes a seguridad social integral y parafiscales, los cuales deberán cumplir las previsiones legales; previo el trámite administrativo a que haya lugar. Para efectos del pago EL MINISTERIO hará las retenciones que correspondan por ley.

NOTA 1: El pago en las fechas establecidas estará sujeto a la aprobación previa de PAC por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

FECHA FIRMA CONTRATO: Día: 15 Mes: 08 Año: 2025

OBJETO DEL CONTRATO: SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, VISITAS CORRECTIVAS NECESARIAS Y REPUESTOS PARA LA AUTOCLAVE DE GRAN VOLUMEN MARCA CISA DEL DMEFA (Lote No.10)

CONTRATO MODIFICATORIO No. No aplica

FECHA DE FIRMA: No aplica

ASPECTOS OBJETO DE MODIFICACION: No aplica

PLAZO Y CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL CONTRATO:

Plazo Ejecución Contractual, desde el 15-08-2025 hasta el 12-12-2025

Porcentaje Avance en tiempo: 85 %

Porcentaje de Ejecución (con relación a los bienes y/o servicios recibidos): 100 %

AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:

Recursos Girados: $ 15.114.500,00

Se realiza pago de la factura de venta No. FQB-1076 del 24/10/2025, Pagado con la orden de pago No. 441921625 de fecha 18/11/2025 por valor de $ 5.050.000,00

Se realiza pago de la factura de venta No. FQB-1077 del 24/10/2025, Pagado con la orden de pago No. 441921625 de fecha 18/11/2025 por valor de $ 10.064.500,00

Porcentaje de pagos realizados: 100%

Porcentaje de pagos pendientes de realizar: 0%

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
No aplica	No aplica	No aplica
No aplica	No aplica	No aplica

INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES AL CONTRATISTA:

No X Sí __

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

No aplica.

INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA FAC O PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN ATRIBUIBLES A LA FAC:

No X Sí __

Describir sucintamente los hechos de incumplimiento y las acciones emprendidas:

No aplica.

LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ESTA ESTRUCTURADO SOBRE UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

No X Sí __

(En caso afirmativo deberá anexarse el cronograma con el porcentaje de avance de cada tarea o actividad).

DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA AJUSTADO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO (PLIEGO DE CONDICIONES, INVITACION PUBLICA, SOLICITUD DE OFERTA, OFERTA, CONTRATO Y OTROS DOCUMENTOS)

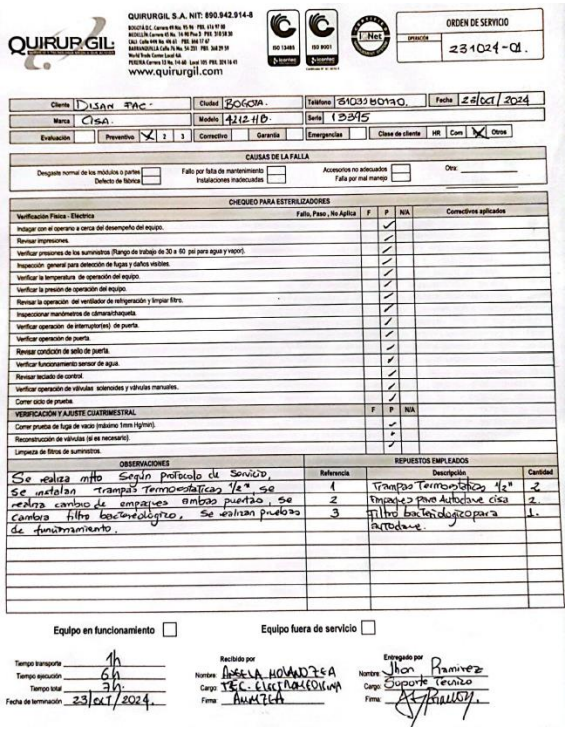
No __ Sí X

En caso negativo explicar detalladamente las razones por las cuales no se ha dado cumplimiento a los términos y condiciones por parte del contratista:

No aplica.

DESCRIPCION DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS E INFORME DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN

El día 23 de octubre del 2025 se realiza la visita de mantenimiento preventivo al equipo autoclave marca Cisa del Dispensario Médico FAC con la instalación de repuestos.



QUIRURGIL S.A. NIT: 890.942.914-8
www.quirurgil.com

ORDEN DE SERVICIO 231021-01

Cliente: DISAN FAC. | Ciudad: BOGOTA. | Teléfono: 3103380790 | Fecha: 23/OCT/2024
Marca: CISA. | Modelo: 421210. | Serie: 13315
Evaluación | Preventivo: X 2 3 | Correctivo | Garantía | Emergencias | Clase de cliente: HR Com X Otros

CAUSAS DE LA FALLA
Desgaste normal de los módulos o partes / Defecto de fábrica | Fallo por falta de mantenimiento / Instalaciones inadecuadas | Accesorios no adecuados / Falla por mal manejo | Otra: _____

CHEQUEO PARA ESTERILIZADORES

Verificación Física - Electrica (Falla, Paso, No Aplica)	F	P	N/A	Correctivos aplicados
Indagar con el operario a cerca del desempeño del equipo.		✓		
Revisar impresiones.		✓		
Verificar presiones de los suministros (Rango de trabajo de 30 a 60 psi para agua y vapor).		✓		
Inspección general para detección de fugas y daños visibles.		✓		
Verificar la temperatura de operación del equipo.		✓		
Verificar la presión de operación del equipo.		✓		
Revisar la operación del ventilador de refrigeración y limpiar filtro.		✓		
Inspeccionar manómetros de cámara/chaqueta.		✓		
Verificar operación de interruptor(es) de puerta.		✓		
Verificar operación de puerta.		✓		
Revisar condición de sello de puerta.		✓		
Verificar funcionamiento sensor de agua.		✓		
Revisar tarjeta de control.		✓		
Verificar operación de válvulas solenoides y válvulas manuales.		✓		
Correr ciclo de prueba.		✓		
VERIFICACIÓN Y AJUSTE CUATRIMESTRAL	**F**	**P**	**N/A**	
Correr prueba de fuga de vacio (máximo 1mm Hg/min).		✓		
Reconstrucción de válvulas (si es necesario).		✓		
Limpieza de filtros de suministros.		✓		

OBSERVACIONES	Referencia	REPUESTOS EMPLEADOS Descripción	Cantidad
Se realiza mto Según Protocolo de Servicio.	1	Trampas Termostaticas 1/2"	2
Se instalan Trampas Termostaticas 1/2" se	2	Empaque para Autoclave cisa	2.
realiza cambio de empaques empaque puerta, se	3	Filtro bacteriologico para	1.
Cambia filtro bacteriologico, Se realizan pruebas		Autoclave.	
de funcionamiento.			

Equipo en funcionamiento ☐ Equipo fuera de servicio ☐

Tiempo transporte: 1h
Tiempo ejecución: 6h
Tiempo total: 7h
Fecha de terminación: 23/OCT/2024.

Recibido por: Nombre: ADELA HOWARD TEA | Cargo: TEC. ELECTROMEDICINA | Firma: AHM7EA

Entregado por: Nombre: Jhon Ramirez | Cargo: Soporte Tecnico | Firma: JR Ramirez

ESM	REPUESTOS	CANTIDAD	MATERIAL SAP
DMEFA	Empaque	2	2901537
DMEFA	Filtro bacteriológico	1	2900066
DMEFA	Resistencia de 5000 Watios	1	2901582

ANEXOS SOPORTES DEL PAGO O PAGOS REALIZADOS DENTRO DEL PERIODO ANALIZADO EN EL PRESENTE INFORME DE SUPERVISION (SOPORTES DE LA FACTURACION).
(Cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)

No aplica.

DESCRIPCION DETALLADA DE TRABAJOS PENDIENTES Y OBSERVACIONES:
(Listar actividades específicas pendientes y demás aspectos a tener en cuenta sobre la ejecución del contrato)

No se encuentran actividades pendientes por realizar por ninguna de las partes.

SEGUIMIENTO A RIESGOS:
"¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: __ NO: X

NOMBRE SUPERVISOR: ST. JHEIMY KATERINE HUERTAS GIL

FIRMA:

C.C. No. 1.018.469.484

DEPENDENCIA: JEFSA – SULOG- AINBI