| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| Fecha: | AGOSTO | INFORME DE SUPERVISOR | AGOSTO | TRAMITE PARA PAGO | AGOSTO | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | SUPERVISION MES AGOSTO 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 123-2026 | | | VALOR | $0.000.000 | | |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda | 099-2026 | | | | | | |
| Objeto | MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE INCLUYE SUMINISTRO E INSTALACION DE REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS PARA LOS SETS DE INSTRUMENTAL MARCA KARL STORZ QUE PERTENECEN AL HOSPITAL MILTAR CENTRAL | | | | | | |
| Nombre de Contratista | BIOTRONITECH | | | NIT/ CC | 860506831 | | |
| Clase de Contrato | mantenimiento | | | Modalidad de Contratación | SELECCIÓN MINIMA CUANTIA | | |
| Cuenta Bancaria No. | 7010200 | Banco: | GNB SUDAMERIS | Tipo de Cuenta: | Ahorros | | Corriente X |
| Garantia Cumplimiento (Si aplica): | 400075427 | Aseguradora (Si aplica): | NACIONAL DE SEGUROS | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 22/06/2026 | | |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | VALOR MAS IVA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CDP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO (EJ:2026) | 158026 | 20/03/2026 | 2335 | 19/06/2026 | 231026 | 19/06/2026 | | | NA | | - |
| | | | | | | | | | | | - |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | 0 | | | | | | | | - |
| SALDO | | | | | | | | | | | 12.066.371,00 |

0

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO (EJ:2026 | $0.000.000 | | | $37.933.629 | $ 12.066.371,00 |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $ 50.000.000,00 | $ - | $ - | $ 37.933.629,00 | $ 12.066.371,00 |

| Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO | | Fecha de notificación: 23/06/26 |
|---|---|---|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 23/06/2026 | 30/11/2026 |
| Vigencia del Contrato: | 5 MESES 7 DIAS | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales correspondiente al mes de
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ( ); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO 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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | AREA/ALMACEN DE INGRESO | PLACA DEL EQUIPO | NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado / existencia | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL MAS IVA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO
NUMERO DE CEDULA: 35418457
CELULAR : 3125868271 CORREO: marcas1900@hotmail.com

Martha Ligia Castaño Arroyo
INSTRUMENTADORA QUIRURGICA
C.C. 35.418.457

Powered by CamScanner