| 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: 30-05-2024 |
| | MANUAL: CONTRATACION | VERSIÓN: 10 |
| | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES | |
| | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PAGINA 1 DE 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | 1/07/2024 | **INFORME DE SUPERVISOR** | X | **TRAMITE PARA PAGO** | | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **junio 2024** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 312-2023 | **VALOR** | **$ 215.263.860** |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | CD-037-2023-HOMIL | | |
| **Objeto** | MANTENIMIENTO PREVENTIVO, LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS Y SUMINISTRO DE PARTES, ACCESORIO Y/O REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS, PARA LOS EQUIPOS DE MARCA ALCON (UNIDAD VITRECTOMÍA CON SISTEMA DUAL Y EQUIPO DE FACOEMULSIFICACIÓN Y VITRECTOMÍA) DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **Nombre de Contratista** | LABORATORIOS ALCON DE COLOMBIA S.A. | **NIT/ CC** | **860019041** |
| **Clase de Contrato** | Otro | **Modalidad de Contratación** | **Contratación directa (con ofertas)** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cuenta Bancaria No.** | **20590897014** | **Banco:** | **BANCOLOMBIA** | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** | |

| | | |
|---|---|---|
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) : NB-100280966** | **Aseguradora (Si aplica): SEGUROS MUNDIAL** | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 19/9/2023** |

| VIGENCIA | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL | | | | | | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP | | | | | |
| VIGENCIA AÑO 2023 | **43123** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **307723** | **6/09/2023** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| VIGENCIA AÑO 2024 | **119224** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **119224** | **10/01/2024** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| VIGENCIA AÑO 2025 | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** |
| VIGENCIA AÑO 2026 | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **N/A** | **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. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2023 | $35.000.000 | $0 | $0 | $35.000.000 | $0 |
| VIGENCIA AÑO 2024 | $71.754.620 | $0 | $0 | $35.877.309 | $35.877.311 |
| VIGENCIA AÑO 2025 | $71.754.620 | $0 | $0 | $0 | $71.754.620 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | $36.754.620 | $0 | $0 | $0 | $36.754.620 |
| **TOTAL CONTRATO** | **$215.263.860** | **$0** | **$0** | **$70.877.309** | **$144.386.551** |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA** | **Fecha de notificación:** |

| | | |
|---|---|---|
| **Plazo de ejecución** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **23/10/2023** | **31/7/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más. | |
| **Prorrogas:** | **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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**OBSERVACIONES:**

1. Los mantenimientos preventivos del equipo se encuentran actualizados según el cronograma establecido, asegurando un funcionamiento óptimo dentro de los parámetros recomendados por el fabricante.

2. En el mes de junio de 2024 no se efectuaron cambios en el movimiento presupuestal del contrato. Se tiene previsto llevar a cabo el mantenimiento preventivo en junio de 2024, conforme a la planificación establecida en el cronograma.

3. Se solicita reasignar la supervisión del contrato a la Señora Capitán Adriana Escobar Rentería, Oficial en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública Área de Equipo Biomédico, mediante el oficio Id:329850 del 6 de agosto de 2024. Cabe señalar que, mediante el oficio Id:322557 del 6 de mayo de 2024, se había designado al Señor Coronel (RA) Edgar Orlando Herrera Romero, Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa Unidad de Apoyo Logístico, como supervisor del contrato debido a que la Oficial se encontraba de vacaciones.

**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 |

| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
|---|---|---|---|---|
| | | Página | | 2 DE 2 |

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA | FIRMA | Adriana Escobar Renteria<br>Ingeniería Biomedica<br>Matrícula: RH - 201710-534<br>TP: 761447/6184/11 |
|---|---|---|
| NÚMERO DE CEDULA: 1.130.604.494 | | |
| CELULAR : 3022913453 | CORREO: aescobar@homil.gov.co | |

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

| DOCUMENTOS | SI | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | N/A | N/A |
| Acta de supervisión y/o Factura | N/A | N/A |
| Pago de Seguridad Social | N/A | N/A |