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:	5/09/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRÁMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**agosto 2024**

No. de Contrato:	261-2024	**VALOR**	**$15.000.000**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-021-2024-HOMIL		
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, LOS CORRECTIVOS QUE SEAN NECESARIOS Y SUMINISTRO DE PARTES, ACCESORIO Y/O REPUESTOS ORIGINALES NUEVOS NO RE MANUFACTURADOS, PARA LOS EQUIPOS DE MARCA STERIS (MESA DE CIRUGÍA DE ORTOPEDIA) DEL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	SURGIPLAST LTDA	**NIT/ CC**	**830005771**
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	**Mínima cuantía**

Cuenta Bancaria No.	**25017032898**	**Banco:**	**bancolombia**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento: NB-100336	**Aseguradora: SEGUROS MUNDIAL**	**Fecha de aprobación de la Garantía: 8/8/2024**

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 2024	**203624**	**25/06/2024**	**3055**	**5/08/2024**	**302424**	**5/08/2024**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	**N/A**										**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 2024	$15.000.000	$0	$0	$0	$15.000.000
TOTAL CONTRATO	**$15.000.000**	**$0**	**$0**	**$0**	**$15.000.000**

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA — **Fecha de notificación: 9/8/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACIÓN**
	9/8/2024	**15/12/2024**
Vigencia del Contrato:	La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) 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)**	**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

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. El equipo está operando según los parámetros establecidos por el fabricante.

2. La hoja de vida del equipo se mantiene actualizada 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 agosto de 2024, 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

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**
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

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