
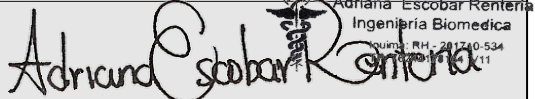


HOSPITAL MILITAR CENTRAL			FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05					
			UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024					
			MANUAL: CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 10					
			PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES											
			SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI						PÁGINA 1 DE 2					
Fecha:	5/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRÁMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	noviembre 2024							
No. de Contrato:	066-2024			VALOR	\$58.000.000									
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-064-2024-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO, SUMINISTRO DE REPUESTOS, PARTES, ACCESORIOS, COMPONENTES ORIGINALES NUEVOS NO REMANUFACTURADOS DEL EQUIPO ECOCARDIOGRAFO PORTATIL MARCA PHILLIPS DEL SERVICIO DE ELECTROFISIOLÓGIA Y HEMODINAMIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	INTELNET MEDICA SAS			NIT/ CC	800204547									
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Mínima cuantía									
Cuenta Bancaria No.	18834466371	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X						
Garantía Cumplimiento (Si aplica) : CBC-100057515		Aseguradora (Si aplica): CIA. MUNDIAL DE SEGUROS SA.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 27/6/2024										
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL														
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO 2024	159424	29/02/2024	2698	19/06/2024	267324	19/06/2024	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	\$58.000.000	\$0			\$34.479.650		\$23.520.350		\$0					
TOTAL CONTRATO	\$58.000.000	\$0			\$34.479.650		\$23.520.350		\$0					
Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA						Fecha de notificación: 01-10-2024								
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACIÓN							
			28/6/2024				30/11/2024							
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)	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. 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.														
2. Durante el mes de noviembre de 2024, no se ha registrado ningún movimiento presupuestal en el contrato.														
3. Se solicita liberación de presupuesto mediante el oficio Id: 372536 del 10/12/2024 por un valor de \$34.479.650														
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	Nº Planilla	Fecha de pago		SALUD			PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES					
N/A	N/A	N/A		Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
				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	CORREO: aescobar@homil.gov.co
CELULAR : 3022913453		

Adriana Escobar Renteria
 Ingeniería Biomedica
 Quims. RH : 2012-0-534
 11

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