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:	5/02/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRÁMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**enero 2025**

No. de Contrato:	312-2023	**VALOR**	**$ 215.263.859**
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 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 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	**8425**	**8/01/2025**	**N/A**	**N/A**	**6925**	**8/01/2025**	**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. ADICIÓN (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	$1	$71.754.619	$0
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**	**$1**	**$106.754.619**	**$108.509.240**

Nombre del Supervisor: CT. ADRIANA ESCOBAR RENTERIA	**Fecha de notificación: 01-10-2024**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACIÓN**
	23/10/2023	**31/7/2026**
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. Los equipos operan conforme a los parámetros establecidos por el fabricante.

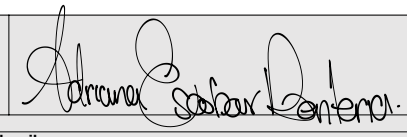
2. Las hojas de vida de los equipos se mantienen actualizadas con los informes de mantenimiento que la empresa remita al Área de Equipo Biomédico en caso de cualquier intervención operativa. Se solicita reducción del contrato vigencia 2024 por un valor de $1 mediante el oficio Id: 379601 de fecha 17 de enero de 2025.

3. En enero de 2025, 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