HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	JUNIO 2023				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	N° 020/2022/HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
422/2022	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023. SE LE ADJUDICA EL LOTE N°01 y 05	Fecha de suscripción:		26/12/2022
		Valor inicial:	$	1.448.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej:2022)	$	148.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (Ej: 2023)	$	1.300.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	1.448.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			594922	164122
			Fecha: 26/12/2022	04/11/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101402904 Anexo 0 Responsabilidad civil N° 21-40-101203291 Anexo 0	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28/12/2022	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	SMSM Ricardo Silva Rueda 28/12/2022	
		Fecha de inicio de contrato	28/12/2022	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			28/12/2022	30/11/2023
		Vigencia del Contrato: La vigencia será igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más		
		Prorrogas:		
		1-		
		2-		
		3-		
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT/C.C.: 901.220.332-2		
COCHLEAR S.A.S		Dirección: AK 9 No. 115-06, Oficina 1201		
		Teléfono:		
		Cuenta Bancaria : 17200010126		
		Banco: BANCOLOMBIA		
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
				X

FORMA DE PAGO: EL VALOR DEL CONTRATO QUE LLEGARE A SUSCRIBIRSE SE CANCELARA MEDIANTE PAGOS PARCIALES PREVIO INFORME DE SUPERVISION DENTRO DE LOS NOVENTA 890) DIAS SIGUIENTES AL RECIBO A SATISFACCION

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2022-2023. SE LE ADJUDICA EL LOTE N°01 y 05	FARMACIA TECNOLOGIA EN SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A
					$ -
					$ -
Total del mes					**N/A**
Saldo del contrato					**$ 953.160.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**N/A**
VALOR EN LETRAS :	**N/A**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión certificado :
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de mayo 2023 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): DURANTE EL PRESENTE MES NO SE REALIZÓ PROCESO DE FACTURACION

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	**$ 148.000.000,00**	**$ 133.120.000,00**	**$ 0,00**	**$ 14.880.000,00**
AÑO 2023	**$ 1.300.000.000,00**	**$ 361.720.000,00**	**$ 0,00**	**$ 938.280.000,00**
	$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
	$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
	$ 0,00	**$ 0,00**	**$ 0,00**	**$ 0,00**
VALOR TOTAL	**$ 1.448.000.000,00**	**$ 494.840.000,00**	**$ 0,00**	**$ 953.160.000,00**
	VALOR TOTAL CONTRATADO	**VALOR TOTAL EJECUTADO**	**VALOR LIBERADO**	**VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR**

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM Ricardo Silva Rueda

NUMERO DE CEDULA: 80.408.996

FIRMA :

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

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