

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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	15-mar-24				
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTRO	TIPO DE PROCESO	LICITACION PUBLICA	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	016/2023

CONTRATO N°/ ORDEN DE COMPRA	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
385/2023	COCHLEAR COLOMBIA S.A.S	Fecha de suscripción:		13/10/2023	
		Valor inicial:	\$	3.405.100.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2023	\$	5.100.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2024	\$	1.300.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2025	\$	1.300.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO 2026	\$	800.000.000,00	
		VIGENCIA AÑO	\$	-	
		Adiciones (Si aplica) :	\$	-	
		1-	\$	-	
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica) :	\$	-	
		1-	\$	-	
		2-	\$	-	
		3-	\$	-	
		4-	\$	-	
		Valor Total Contrato		\$	3.405.100.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL		SIIF	N°CDP (SIIF).
				342723	122523
				Fecha:	24/10/2023
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		N° 21-44-101427911	
		Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		08/11/2023	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		SMSM RICARDO SILVA RUEDA	
		Fecha de inicio de contrato		09/11/2023	
		Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
				09/11/2023	31/07/2026
		Vigencia del Contrato:			
		Prorroga s:		En tiempo	
		1-			
		2-			
		3-			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:		NIT:			
SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE N° 1 IMPLANTE COCHLEAR ULTIMA GENERACION Y LOTE N° 5 IMPLANTE OSTEOINTEGRADO DE ESTIMULACION TRANSCUTANEA IMPLANTABLE) INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE		Dirección: AK 9 No. 115-06, Oficina 1201			
		Teléfono: 3174449341			
		Cuenta Bancaria N°. 17200010126			
		Banco: BANCOLOMBIA			
		Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	
				X	

FORMA DE PAGO: El valor del contrato que llegaré a suscribirse se cancelará mediante PAGOS PARCIALES previo informe de supervisión, dentro de los noventa (90) días siguientes al recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor \$
COCHLEAR COLOMBIA S.A.S	FARMACIA TECNOLOGIAS EN SALUD	CCOL 12747	01/02/2024	ZE000000009458	\$ 111.757.120,00
		CCOL 12772	02/02/2024	ZE000000009459	\$ 109.759.500,00
					\$ -
Total del mes					\$ 221.516.620,00
Saldo del contrato					\$ 3.018.823.880,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	\$221.516.620,00
VALOR EN LETRAS :	DOSCIENTOS VEINTIUN MILLON QUINIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS MCTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales . Certificación de Enero 2024

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2023	\$ 5.100.000,00	\$ 5.100.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00
AÑO 2024	\$ 1.300.000.000,00	\$ 381.176.120,00	\$ 0,00	\$ 918.823.880,00
AÑO 2025	\$ 1.300.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.300.000.000,00
AÑO 2026	\$ 800.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 800.000.000,00
	\$ 3.405.100.000,00	\$ 386.276.120,00	\$ 0,00	\$ 3.018.823.880,00
VALOR TOTAL	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SMSM RICARDO SILVA RUEDA

NUMERO DE CEDULA: 80.408.996

FIRMA :

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:

FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	X
Acta de supervisión y/o Factura	X	X
Pago de Seguridad Social	X	X