HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**28/08/2024**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**X**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**AGOSTO 2024**

No. de Contrato:	385-2023	**VALOR**	3.405.100.000
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	LP-016-2023-HOMIL		
Objeto	SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2024-2026 (LOTE Nº1 IMPLANTE COCLEAR ULTIMA GENERACION Y LOTE Nº5: IMPLANTE OSTEOINTEGRADO DE ESTIMULACION TRANSCUTANEA, IMPLANTABLE), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE)".		
Nombre de Contratista	COCHLEAR COLOMBIA	**NIT/ CC**	NIT 901.220.332-2
Clase de Contrato	SUMINISTRO	**Modalidad de Contratación**	Licitación pública

Cuenta Bancaria No.	17200010126	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**		**Corriente**	**X**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	21-44-101427911-101427911	**Asegurador a (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**08/11/2023-16/07/2024**				

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2024	8524	05/01/2024			8524	05/01/2024	CCOL14350	19/07/2024	ZE000000012671	FTS	$ 55.000.000,00
							CCOL14475	05/08/2024	ZE000000012959	FTS	$ 55.000.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 110.000.000,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: (Ej: CCIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	5.100.000			$ 5.100.000,00	
VIGENCIA AÑO 2024	1.300.000.000	**$ 252.500.000,00**		$ 921.272.582,00	$ 631.227.418,00
VIGENCIA AÑO 2025	1.300.000.000				$ 1.300.000.000,00
VIGENCIA AÑO 2026	800.000.000				$ 800.000.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 3.405.100.000,00**	**$ 252.500.000,00**	**$ -**	**$ 926.372.582,00**	**$ 2.731.227.418,00**

Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA		**Fecha de notificación: 09/11/2023**
Plazo de ejecución: 31/07/2026	**FECHA DE INICIO: 09/11/2023**	**FECHA DE TERMINACION: 31/07/2024**
Vigencia del Contrato:	LA VIGENCIA SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	

Prorrogas:	**2-**
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION DE FECHA 15/06/2024
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado/ existen	CANTIDAD	NUMERO DE REPORTE DE INSTALACI	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO		No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO		FECHA DE MANTENIMIENTO				FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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**

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**CODIGO:**	**VERSIÓN**	**10**
		Página:	**2 DE 2**	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: RICARDO SILVA RUEDA		
NÚMERO DE CEDULA:	**80.408.996**	
CELULAR : 3153350782		**CORREO: rsilva@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	**X**	**2**
Acta de supervisión y/o Factura	**X**	**2**
Pago de Seguridad Social	**X**	**2**