| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05 |
|---|---|---|
| | 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:** | 6/2/2025 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **ENERO 2025** |
| **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 N°1 IMPLANTE COCLEAR ULTIMA GENERACION Y LOTE N°5: 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 | **Aseguradora (SI aplica):** | SEGUROS DEL ESTADO | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | **8/11/2023** | | |

| 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 2025 | 9425 | 8/1/2025 | 94 | 08/01/2025 | 7925 | 8/1/2025 | CCOL15999 | 2/1/2025 | ZF0000000016147 | FTS | $ 150.019.000,00 |
| | | | | | | | CCOL16041 | 8/1/2025 | ZF000000016303 | FTS | $ 70.421.400,00 |
| | | | | | | | CCOL16077 | 16/01/2025 | ZF000000016297 | FTS | $329.038.000 |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 549.478.400,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS 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 | | $ 1.552.500.000,00 | $ - |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 1.300.000.000 | | | $ 498.234.782,00 | $ 801.765.218,00 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 800.000.000 | | | | $ 800.000.000,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 3.405.100.000,00** | **$ 252.500.000,00** | **$ -** | **$ 2.055.834.782,00** | **$ 1.601.765.218,00** |

| | |
|---|---|
| **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: 31/07/2026** |
| **Vigencia del Contrato:** | LA VIGENCIA SERA IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION Y SEIS (6) MESES MAS |

| | |
|---|---|
| **Prorrogas:** | **En tiempo** |
| | **1-** |
| | **2-** |
| | **3-** |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION DICIEMBRE 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 | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMAC | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | 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 | 3 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 3 |
| Pago de Seguridad Social | X | 3 |