

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			

Fecha:	18/2/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	FEBRERO 2026
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°S: 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 Cuent	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		
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO
VIGENCIA AÑO 2026	3526	6/1/2026	35	06/01/2026	3526	6/1/2026	CCOL 19652
							2/2/2026
							ZG000000023737
							FTS
							\$ 323.992.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO							\$ 323.992.800,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRESCIENTOS VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS 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	650.000.000		\$ 1.950.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO 2026	800.000.000			\$ 604.515.580,00	\$ 195.484.420,00
TOTAL CONTRATO	\$ 3.405.100.000,00	\$ 902.500.000,00	\$ -	\$ 4.112.115.580,00	\$ 195.484.420,00

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-	
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION : 7 ENERO 2026 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</p>			

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 ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado o/ existenci en almacén)	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	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1