| 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: | 20/3/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | MARZO 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°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 Cuent | Ahorros | | Corriente | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Garantía Cumplimiento (SI aplica) : | 21-44-101427911 | Asegurado ra (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 | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACEN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 3526 | 6/1/2026 | 35 | 06/01/2026 | 3526 | 6/1/2026 | CCOL 19953 | 3/3/2026 | ZG000000024303 | FTS | $ 40.500.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 40.500.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA MILLONES QUINIENTOS MIL 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 | 120.000.000 | | $ 700.015.580,00 | $ 219.984.420,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 3.405.100.000,00** | **$ 1.022.500.000,00** | **$ -** | **$ 4.207.615.580,00** | **$ 219.984.420,00** |

| 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- |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión : CERTIFICACION : FEBRERO 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

**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 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 (Optimo/ existencia de 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 |