| 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: | 7/4/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | MARZO 2026 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 470/2023 | VALOR | $ 900.100.000,00 |
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. SA-098-2023 | | |
| Objeto | SUMINISTRO DE MATERIAL DE REHABILITACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL PARA LAS VIGENCIAS FUTURAS 2023-2026 - LOTE N°1 - PRÓTESIS AUDITIVA DE OIDO MEDIO SEMI IMPLANTABLE (VB), PRÓTESIS AUDITIVA DE TRANSMISIÓN OSEA SUBCUTANEA (BB), INSUMOS Y/O ACCESORIOS PARA IMPLANTE COCLEAR MEDEL". | | |
| Nombre de Contratista | DISORTHO S.A.S | NIT/ CC | 860.529.890-0 |
| Clase de Contrato | SUMINISTRO | Modalidad de Contratación | SA-098-2023-HOMIL |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuenta Bancaria No. | 167-143253-31 | Banco: | BANCOLOMBIA | Tipo de Cuent | Ahorros | | Corriente | X | |
| Garantía Cumplimiento (Si aplica) : | 33-44-101245288 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS DEL ESTADO | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 28/12/2023 | | | | |

| 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 2026 | 14826 | 6/1/2026 | 148 | 06/01/2026 | 14826 | 6/1/2026 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 0,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:**

| VIGENCIA | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B) | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES( C ) | VR. EJECUTADO (D ) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---|---|---|---|---|---|
| VIGENCIA AÑO 2023 | 100.000 | | | $ 100.000,00 | $ 0,00 |
| VIGENCIA AÑO 2024 | 300.000.000 | | | $ 300.000.000,00 | $ 0,00 |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 300.000.000 | | | $ 300.000.000,00 | $ 0,00 |
| VIGENCIA AÑO 2026 | 300.000.000 | | | $ 23.336.003,00 | $ 276.663.997,00 |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 900.100.000,00** | **$ -** | **$ -** | **$ 623.436.003,00** | **$ 276.663.997,00** |

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del Supervisor : SMSM RICARDO SILVA RUEDA | | Fecha de notificación: 28/12/2023 |
| Plazo de ejecución: 31/07/2026 | FECHA DE INICIO: 28/12/2023 | FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026 |

| | |
|---|---|
| Vigencia del Contrato: | La vigencia será igual al plazo de ejecución y Seis (6) meses más. |
| Prorrogas: | En tiempo |
| | 1- |
| | 2- |
| | 3- |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión :
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 ING | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE | 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 | Entidad | | Entidad | Entidad | | 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 | | |
| Acta de supervisión y/o Factura | | |
| Pago de Seguridad Social | | |