| 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:** | 5/5/2026 | **INFORME DE SUPERVISOR** | | **TRAMITE PARA PAGO** | X | **MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME** | **ABRIL 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 20403 | 21/7/2026 | ZG000000025393 | FTS | $ 55.000.000,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 55.000.000,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCUENTA Y CINCO 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 | | $ 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 | | $ 864.775.080,00 | $ 55.224.920,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 3.405.100.000,00** | **$ 1.022.500.000,00** | **$ -** | **$ 4.372.375.080,00** | **$ 55.224.920,00** |

| | |
|---|---|
| **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 : 12 MARZO 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 continuacion:

| 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/ existencia 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 |