

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 GESTIÓN INTEGRADO SGI									
Fecha:	3/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO 2026				
No. de Contrato:	385-2023				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				
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 2026	3526	6/1/2026	35	06/01/2026	3526	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	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	220.000.000		\$ 974.534.580,00	\$ 45.465.420,00						
TOTAL CONTRATO	\$ 3.405.100.000,00	\$ 1.122.500.000,00	\$ -	\$ 4.482.134.580,00	\$ 45.465.420,00						
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 : N/A 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 presenta 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 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 (Institución o/ existencias 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

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA 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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		