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:	14/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	may-25

No. de Contrato:	293/2022			VALOR	$ 3.708.605.225,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SASS-101-2022-HOMIL						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN EL AREA DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA			NIT/ CC	900789891-7		
Clase de Contrato	OTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD		
Cuenta Bancaria No.	474100059697	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	P	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	15-44-101271206	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/11/2022		

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 2025	825	7/01/2025	N/A	N/A	425	7/01/2025	CMDE774	4/07/2025			$ 145.497.422,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 145.497.422,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2022	$ 115.500.000,00	$ -	$ -	$ 115.500.000,00	$ -
VIGENCIA 2023	$ 963.732.000,00	$ -	$ 223.062.667,00	$ 740.669.333,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 992.643.960,00	$ 250.000.000,00	$ -	$ 1.242.643.960,00	$ -
VIGENCIA 2025	$ 1.022.423.279,00	$ -	$ -	$ 543.535.853,00	$ 478.887.426,00
VIGENCIA 2026	$ 614.305.986,00	$ -	$ -	$ -	$ 614.305.986,00
TOTAL CONTRATO	$ 3.708.605.225,00	$ 250.000.000,00	$ 223.062.667,00	$ 2.642.349.146,00	$ 1.093.193.412,00

Nombre del Supervisor : DOCTOR LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO	Fecha de notificación: 15/11/2022	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15/11/2022	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/06/12 y riesgos profesionales 2025/06/12 Planilla N° 9487373166– correspondiente al mes de MAYO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MAYO); 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 s 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): FACTURACION MES DE MAYO 2025

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**	
			Entida	**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: DOCTOR LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO		**FIRMA:**	
NÚMERO DE CEDULA:	**91.540.063**		
CELULAR :		**CORREO: Lchacon@homil.gov.co**	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	5
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1