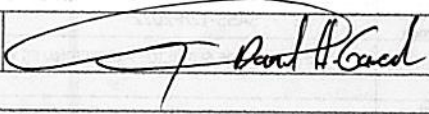
 HOSPITAL MILITAR CENTRAL		HOSPITAL MILITAR CENTRAL						FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05		
								UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS				FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024		
								MANUAL: CONTRATACION				VERSIÓN: 10		
								PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				PAGINA 1 DE 2		
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	13/08/2025			INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO		X		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		jul-25		
No. de Contrato:	350/2022					VALOR		\$ 9.386.519.580,00						
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	SASS-128-2022													
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ESPECIALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, ONCOLOGICA, BARIATRICA, HEPATOBILIAR Y SOPORTE NUTRICIONAL 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		Ahorros		X		
Garantía (Si aplica)	15-44-101272732			Aseguradora (Si aplica):		SEGUROS DEL ESTADO S.A		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		15/12/2022				
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	ALMACÉN AL QUE INGresa	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA 2025	4825	7/01/2025	N/A	N/A	3425	7/01/2025	CMDE793	11/08/2025			\$ 240.761.347,00			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 240.761.347,00			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE														
VIGENCIA	VR. CONTRATO		VR. ADICION		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES		VR. EJECUTADO		SALDO CONTRATO					
VIGENCIA 2022	\$ 89.643.180,00		\$ -		\$ -		\$ 89.643.180,00		\$ -					
VIGENCIA 2023	\$ 2.493.580.500,00		\$ -		\$ 330.000.000,00		\$ 2.163.580.500,00		\$ -					
VIGENCIA 2024	\$ 2.568.387.900,00		\$ -		\$ 40.000.000,00		\$ 2.528.387.900,00		\$ -					
VIGENCIA 2025	\$ 2.645.439.500,00		\$ -		\$ -		\$ 1.441.431.008,00		\$ 1.204.008.492,00					
VIGENCIA 2026	\$ 1.589.468.500,00		\$ -		\$ -		\$ -		\$ 1.589.468.500,00					
TOTAL CONTRATO	\$ 9.386.519.580,00		\$ -		\$ 370.000.000,00		\$ 6.223.042.588,00		\$ 2.793.476.992,00					
Nombre del Supervisor : DOCTOR DANIEL HERNANDO GARCIA VILLAMIZAR														
Fecha de notificación: 01/06/2024														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		15/12/2022						31/07/2026						
Vigencia del Contrato:		Plazo de ejecución y seis meses más												
Requerimientos:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/07/16 y riesgos profesionales 2025/07/16 Planilla N° 9488752707 – correspondiente al mes de JUNIO En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 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 ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia a almacen)	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							

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: DOCTOR DANIEL HERNANDO GARCIA VILLAMIZAR			FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	80.764.403			
CELULAR : 3153322811			CORREO: Dgarcia@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