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:	11/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	nov-25

. de Contrato:	350/2022	VALOR	$ 9.386.519.580,00
le Proceso en el COP 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
se de Contrato	OTRO	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD

ta Bancaria No.	474100059697	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta	Ahorros	X	Corriente	

ntia plimiento (Si a) :	15-44-101272732	Asegurador a (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	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
IGENCIA 2025	4825	7/01/2025	N/A	N/A	3425	7/01/2025	CMQ1001	5/12/2025			$ 244.292.244,00
											$ 244.292.244,00

OR AUTORIZADO PARA PAGO

OR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
ENCIA 2022	$ 89.643.180,00	$ -	$ -	$ 89.643.180,00	$ -
ENCIA 2023	$ 2.493.580.500,00	$ -	$ 330.000.000,00	$ 2.163.580.500,00	$ -
ENCIA 2024	$ 2.568.387.900,00	$ -	$ 40.000.000,00	$ 2.528.387.900,00	$ -
ENCIA 2025	$ 2.645.439.500,00	$ -	$ -	$ 2.400.177.270,00	$ 245.262.230,00
ENCIA 2026	$ 1.589.468.500,00	$ -	$ -	$ -	$ 1.589.468.500,00
TAL CONTRATO	$ 9.386.519.580,00	$ -	$ 370.000.000,00	$ 7.181.788.850,00	$ 1.834.730.730,00

mbre del Supervisor : DOCTOR DANIEL HERNANDO GARCIA VILLAMIZAR	Fecha de notificación: 01/06/2024	
	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
zo de ejecución	15/12/2022	31/07/2026
gencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más	
	En tiempo	
orrogas:	1-	
	2-	
	3-	

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/11/13 y riesgos profesionales 2025/11/13 Planilla N° 9494637358– correspondiente al mes de OCTUBRE
mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (OCTUBRE); así mismo certifico que el/la ntratista 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 bligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

TA 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.

TA 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 a almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

TA 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

BSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): MES DE FACTURACION DE NOVIEMBRE 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	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

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	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	5
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1