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:	31/12/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	**1**	**TRAMITE PARA PAGO**	**1**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	dic-25

No. de Contrato:	**325-2025**	**VALOR**	$ 1.789.220.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-046-2025-HOMIL		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.		
Nombre de Contratista	CORPORACIÓN MÉDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA -CORPMED	**NIT/ CC**	900789891
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA

Cuenta Bancaria No.	474100059697	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101273310 - CERTIFICADO 11-40-101087205	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO SA	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	22/12/2025			

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 (:2025)	234025	20/10/2025	5118	22/12/2025	508425	22/12/2025	N/A	N/A	N/A	CUENTA MEDICAS	$ -
											$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:											**$ -**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cero pesos M/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO:(2025)	$ 85.000.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 85.000.000,00
VIGENCIA AÑO:(2026)	$ 1.704.220.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 1.704.220.000,00
TOTAL DEL CONTRATO	**$ 1.789.220.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 1.789.220.000,00**

Nombre del Supervisor.	Doctor. **ANDRES DAVID DIAZ VERGARA**	**Fecha de Notificación:**	23/12/2025
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**	
	23/12/2025	31/07/2026	
Vigencia del Contrato:	31 de Julio 2026		
Prorrogas:	**En tiempo**		
	1- 8 Meses.		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Se deja constancia de que se carga el informe de supervisión correspondiente al mes de diciembre de 2025, sin que exista facturación pendiente de pago. La empresa CORPMED manifiesta que la factura correspondiente a dicho período se encuentra actualmente en proceso de revisión por auditoría médica. En consecuencia, para el mes en referencia no se registra saldo pendiente de pago. Así mismo, la empresa no presenta facturas ni documentos parafiscales para este período.

NOTA 2:

NOTA 3 :

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/ existencias 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	INFORMME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO No. 01	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Doctor. ANDRES DAVID DIAZ VERGARA		
NÚMERO DE CEDULA:	1102820769	
CELULAR	3017542275	CORREO: adiaz@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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