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:	17/02/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ene-26

No. de Contrato:	350/2022	VALOR	$ 9.386.519.580,00
N° 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	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	15-44-101272732	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2022

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 OBLIGACIÓ
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA 2026	8126	6/01/2026	81	6/01/2026	8126	6/01/2026	CMQ1035	9/02/2026			$ 280.193.749,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 280.193.749,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOSCIENTOS OCHENTA MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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	$ -	$ -	$ 2.645.439.500,00	$
VIGENCIA 2026	$ 1.589.468.500,00	$ -	$ -	$ 246.739.923,00	$ 1.342.728.57
TOTAL CONTRATO	$ 9.386.519.580,00	$ -	$ 370.000.000,00	$ 7.673.791.003,00	$ 1.342.728.57

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	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/02/13 y riesgos profesionales 2026/02/13 Planilla N° 9499513048– correspondiente al mes de ENERO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (ENERO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de lista de turnos contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. D
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	OBSERVACI

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	OBSERVACI

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): **MES DE FACTURACION DE ENERO 2026**

S: 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DOCTOR DANIEL HERNANDO GARCIA VILLAMIZAR	FIRMA:
ERO DE CEDULA: 80.764.403	
LAR : 3153322811	CORREO: Dgarcia@homil.gov.co

UMENTOS 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