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:	23/09/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**jul-26**

No. de Contrato:	465/2023	**VALOR**	**$ 9.025.500.374,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SASS-095-2023		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES INTREGALES A LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN LAS DIFERENTES SUBESPECIALIDADES EN CIRUGIA PROGRAMADA, PROCEDIMIENTOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	CORPORACION CIENTIFICA DE LA SALUD - CORPCIENCIA	**NIT/ CC**	**901.532.754-6**
Clase de Contrato	OTRO	**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD**

Cuenta Bancaria No.	**108900280760**	**Banco:**	**DAVIVIENDA**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**11-44-101214527**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A**
Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	**18/12/2023**		

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 2026	**13226**	**6/01/2026**	**132**	**6/01/2026**	**13226**	**6/01/2026**	**CCSE-44**	**18/09/2026**			**$ 378.794.793,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$ 378.794.793,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2023	$ 200.000.000,00	$ -	$ -	$ 200.000.000,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 3.282.304.725,00	$ 240.000.000,00	$ -	$ 16.945.773,00	$ -
VIGENCIA 2025	$ 3.461.821.283,00	$ 193.000.000,00		$ 10.880.421,00	
VIGENCIA 2026	$ 2.081.374.366,00	$ 1.947.391.804,00	$ -	$ 2.803.073.824,00	$ 1.225.692.346,00
TOTAL CONTRATO	**$ 9.025.500.374,00**	**$ 2.380.391.804,00**	**$ -**	**$ 3.030.900.018,00**	**$ 1.225.692.346,00**

Nombre del Supervisor : DOCTOR JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA		**Fecha de notificación: 01/01/2024**
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	16/12/2023	**31/07/2026**
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

P

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.

P

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	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DOCTOR JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA	FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	13.275.702	
CELULAR : 3013364351	CORREO: Jsanchez@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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