HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 24-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	15/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PAGO	Diciembre
No. de Contrato:	234-2025			VALOR	$ 109.616.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA 034-2025						
Objeto	SERVICIO DE HOSTING, DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y SOPORTE DE LA FASE III DEL PORTAL ÚNICO DEL PACIENTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	SERVIDIAGNOSTICS SAS			NIT/ CC	900545507-6		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	10141487491	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente X

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP				
2025	188525	19/06/2025	3306	30/09/2025	328425	30/09/2025	SE 4755	11/12/2025		$ 60.077.610
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										$ 60.077.610

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SESENTA MILLONES SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 109.616.000,00	$ -	$ -	$ 109.616.000,00	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 109.616.000,00	$ -	$ -	$ 109.616.000,00	$ -

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	360-47-994000052689	Aseguradora (Si aplica):	Solidaria de Colombia	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	7/10/2025

Nombre del Supervisor : IVÁN MAURICIO GÓMEZ MALDONADO	Fecha de notificación: 08/10/2025

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	9/10/2025	15/12/2025
Vigencia del Contrato:	15/12/2025	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
AJUSTES DESARROLLO PORTAL DEL PACIENTE	Presupuesto	SE 4755	11/12/2025		$ 60.077.610,00
Total del mes					$ 60.077.610,00
Saldo del contrato					$ -

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS al periodo de Diciembre de 2025 y Pensión correspondientes al periodo de Noviembre de 2025 Planilla N° 9496399028 – correspondiente al 12 de Diciembre de 2025
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de Octubre 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: Se solicita al ordenador del Gasto, la liberación del saldo por valor de: N/A

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 / 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	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): De acuerdo a las CLAUSULAS DEL CONTRATO N° 234-2025, CLÁUSULA TERCERA. - FORMA DE PAGO se realiza el trámite para el segundo pago parcial:
UN PAGO POR EL 100% DEL VALOR ADJUDICADO DEL ITEM 3(AJUSTES DESARROLLO PORTAL DEL PACIENTE)

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.

INFORMACION 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:GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
IVÁN MAURICIO GÓMEZ MALDONADO

Iván Gómez Maldonado.

NÚMERO DE CEDULA: 1.136.882.995 Bogotá DC

CELULAR : 310-7973095

CORREO: igomez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		-
Acta de supervisión y/o Factura	X	3
Pago de Seguridad Social	X	2