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:	30/11/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PAGO**	
No. de Contrato:	013-2025			**VALOR**	$ 110.006.640,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-010-2025-HOMIL						
Objeto	RENOVACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN DE SERVICIOS 100% EN LA NUBE DE LA PLATAFORMA TIPO SAAS "FRACTTAL ONE" PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACTIVOS Y MESA DE SERVICIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	FRACTTAL COLOMBIA SAS			**NIT/ CC**	900856723		
Clase de Contrato	COMPRAVENTA			**Modalidad de Contratación**	CONTRATACIÓN DIRECTA		

Cuenta Bancaria No.	25500001713	**Banco:**	BANCOLOMBIA SA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**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	118425	3/03/2025			151625	3/03/2025	FC 7889	26/03/2025	N/A	$ 110.006.640,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										**$ 110.006.640,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ciento diez millones seis mil seiscientos cuarenta pesos

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	$ 110.006.640,00	$ -	$ -	$ -	$ 110.006.640,00
TOTAL CONTRATO	**$ 110.006.640,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 110.006.640,00**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**CO1.WRT.16635350**	**Aseguradora (Si aplica):**	**Suramericana**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**10/03/2025**

Nombre del Supervisor : JAIME SÁNCHEZ ORTIZ	**Fecha de notificación: 26/03/2025**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	11/03/2025	**12/03/2026**
Vigencia del Contrato:	**La vigencia será igual al plazo de ejecución y cuatro (04) meses más.**	
Prorrogas:		

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $

RENOVACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN DE SERVICIOS 100% EN LA NUBE DE LA PLATAFORMA TIPO SAAS "FRACTTAL ONE" PARA LA GESTIÓN DE MANTENIMIENTO DE ACTIVOS Y MESA DE SERVICIO PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. La prestación de los servicios de Fracttal One durante el mes de noviembre del 2025 sin interrupciones.	N/A	N/A	N/A		$ -
	N/A	N/A	N/A		$ -
PAGO TOTAL	N/A	N/A	N/A		**$ 110.006.640,00**
	N/A	N/A	N/A		$ -
Total del mes					**$ 110.006.640,00**
Saldo del contrato					**0,00**
NOTA 1:					
NOTA 2:					

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):

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	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
JAIME SÁNCHEZ ORTIZ

NÚMERO DE CEDULA: 79.330.282

CELULAR : 301 337 6111 | **CORREO: jsanchezo@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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