

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:	6/04/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MARZO
--------	-----------	-----------------------	--	-------------------	---	--	-------

No. de Contrato:	UNTH-014-2026			VALOR	18.420.452,00		
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CO1.PCCNTR.7381202						
Objeto	ADQUIRIR LA RENOVACIÓN DE LA LICENCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA SISTEMA SABERES Y DEL SISTEMA DE PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	GRUPO SABERES S.A.S			NIT/ CC	900.105.250-1		
Clase de Contrato	SERVICIOS LICENCIAMIENTO			Modalidad de Contratación	CONTRATACIÓN DIRECTA(con ofertas)		
Cuenta Bancaria No.	30063955732	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):							
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					
6/03/2026	132926	22/01/2026	1618	6/03/2026	161226	6/03/2026	FES 794	1/04/2026	BG3945	N/A	\$ 18.420.452,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 18.420.452,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2026	18.420.452,00			18.420.452,00	-
					-
TOTAL CONTRATO	\$ 18.420.452,00	\$ -	\$ -	\$ 18.420.452,00	-

Nombre del Supervisor JULIETA BARRERA CORONADO	Fecha de notificación: 06/03/2026
--	-----------------------------------

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	6/03/2026	31/03/2026
Vigencia del Contrato:	6/03/2026	
Prorrogas:	En tiempo	
	0	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/03/03 y riesgos profesionales 2026/03/03 Planilla N°71632103– correspondiente al mes de MARZO - ABRIL, en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MARZO - ABRI; 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: El contratista ha prestado los servicios contratados a satisfacción, dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. 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 / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
n/a														

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
n/a								

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 \$ 6.808.000 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:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: JULIETA BARRERA CORONADO		
NÚMERO DE CEDULA:	40366987 de Villavicencio	
CELULAR : 3134950430	CORREO: jbarrera@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	4
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1