HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	31/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Marzo

No. de Contrato:	015-2026	**VALOR**	$ 332.080.145
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	CD-009-2026-HOMIL		
Objeto	Renovación del soporte técnico del hardware y software Oracle para el Hospital Militar Central.		
Nombre de Contratista	Oracle Colombia Limitada	**NIT/ CC**	800.103.052-8
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Proceso de contratación directa

Cuenta Bancaria No.	5063182011	Banco:	Banco Citibank Colombia S.A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica): 83578 **Aseguradora (Si aplica):** Chubb Seguros Colombia S.A. - NIT: 860.026.518-6 **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** 13/03/2026

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	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2026	137526	4/02/2026	1575	2/03/2026	157126	2/03/2026	NA (Marzo)	NA	N/A	N/A	$ 0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 0

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2026	$ 332.080.145	-	-	$ 0,00	$ 332.080.145,00
TOTAL CONTRATO	**$ 332.080.145,00**	**$ 0**	**$ -**	**$ -**	**$ 332.080.145,00**

Nombre del Supervisor: Eduardo José Suárez Diaz **Fecha de notificación:** 16/03/2026 (Id: 470468)

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	16/03/2026	31/12/2026
Vigencia del Contrato:	CLÁUSULA OCTAVA. - VIGENCIA: La vigencia será igual al plazo de ejecución y doce (12) meses más.	
Prórrogas:	**En tiempo**	
	1- No aplica	
	2- No aplica	
	3- No aplica	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° NA – correspondiente al mes de NA y NA; en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de febrero (pensión) y marzo (salud); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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 SATISFACCIÓN.

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 continuación:

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
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

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
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): No aplica

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
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Ing. Eduardo José Suárez Díaz **FIRMA**

NUMERO DE CÉDULA: 1065563723

CELULAR: 3208326677 **CORREO:** edsuarez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	0
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	N/A	0