

|                                                                                   |                                                            |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 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: | 11/06/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES | may-26 |
|--------|------------|-----------------------|-------------------|---|---------------------------------------|--------|

|                  |          |       |    |                  |
|------------------|----------|-------|----|------------------|
| No. de Contrato: | 430/2023 | VALOR | \$ | 2.061.673.121,00 |
|------------------|----------|-------|----|------------------|

|                                             |                   |
|---------------------------------------------|-------------------|
| Nº de Proceso en el SECOP II/Tienda virtual | LP-012-2023-HOMIL |
|---------------------------------------------|-------------------|

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto | "ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO QUE PERMITA LA VISUALIZACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN, ALMACENAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS CON UNA BASE TECNOLÓGICA QUE CONTENGA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE SOFTWARE (PACS RIS), HARDWARE Y SOPORTE TÉCNICO, PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL", VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026." |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                        |         |            |
|-----------------------|------------------------|---------|------------|
| Nombre de Contratista | SERVIDIAGNOSTICS S.A.S | NIT/ CC | 9005455076 |
|-----------------------|------------------------|---------|------------|

|                   |                          |                           |                    |
|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| Clase de Contrato | ARRENDAMIENTO DE MUEBLES | Modalidad de Contratación | LICITACION PUBLICA |
|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|

|                     |             |        |             |                 |         |   |           |
|---------------------|-------------|--------|-------------|-----------------|---------|---|-----------|
| Cuenta Bancaria No. | 10186855111 | Banco: | BANCOLOMBIA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente |
|---------------------|-------------|--------|-------------|-----------------|---------|---|-----------|

|                                    |              |                          |                 |                                                 |                      |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| Garantía Cumplimiento (Si aplica): | NB-100297704 | Aseguradora (Si aplica): | SEGUROS MUNDIAL | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): | 04 DE DICIEMBRE 2023 |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|----------------------|

| VIGENCIA             | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL                             |           |              |           |                                |           | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|----------------------|------------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------------------------|-----------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
|                      | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA     | DINAMICA No. | FECHA     | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP |                                                |               |                                     |                        |                  |
| VIGENCIA AÑO (:2026) | 5526                                                 | 6/01/2026 | 55           | 6/01/2026 | 5526                           | 6/01/2026 | SE 4955                                        | 29/05/2026    |                                     |                        | \$ 67.954.928,00 |
|                      |                                                      |           |              |           |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |           |              |           |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |           |              |           |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |           |              |           |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |

|                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: | \$ 67.954.928,00 |
|-----------------------------|------------------|

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Sesenta y siete millones novecientos cincuenta y cuatro mil novecientos veintiocho pesos 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:(2023) | \$ 40.990.600,00    |                 |                                  | \$ 40.990.600,00    | \$ -                     |
| VIGENCIA AÑO:(2024) | \$ 753.290.112,00   |                 |                                  | \$ 753.290.112,00   | \$ -                     |
| VIGENCIA AÑO:(2025) | \$ 791.707.908,00   |                 |                                  | \$ 791.707.908,00   | \$ -                     |
| VIGENCIA AÑO:(2026) | \$ 475.684.501,00   |                 |                                  | \$ 339.774.640,00   | \$ 135.909.861,00        |
|                     |                     |                 |                                  |                     |                          |
|                     |                     |                 |                                  |                     |                          |
| TOTAL CONTRATO      | \$ 2.061.673.121,00 | \$ -            | \$ -                             | \$ 1.925.763.260,00 | \$ 135.909.861,00        |

|                        |                                                       |                      |
|------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|
| Nombre del Supervisor. | Sargento Viceprimero. ANDRU ALEXIS GOMEZ MONTE ALEGRE | 25/07/2025           |
| Plazo de ejecución     | FECHA DE INICIO                                       | FECHA DE TERMINACION |
|                        | 6/12/2023                                             | 31/07/2026           |
| Vigencia del Contrato: | 31 DE JULIO 2026                                      |                      |
| Prorrogas:             | En tiempo                                             |                      |
|                        | 1-                                                    |                      |
|                        | 2-                                                    |                      |
|                        | 3-                                                    |                      |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Fecha 11/06/2026 Planilla 9506235457, mediante certificación de fecha 11 de Junio 2026 – correspondiente al mes de Marzo del año 2026, SERVIDIAGNOSTICS S.A.S Identificado con NIT. 9005455076 Certifica que de acuerdo con los registros contables y planilla de pago No. 9506235457. Cumplió con el pago de sus obligaciones legales provenientes del sistema de seguridad social en salud para el mes de Mayo del año 2026, por ser un pago anticipado y lo correspondiente a riesgos laborales, pensión, aportes a caja de compensación familiar, ICBF y SENA, en relación con sus empleados a los 11 días del mes de Junio, como se detalla en el oficio.

NOTA 2: Revisada la documentación se puede evidenciar que la factura SE 4955 - cumple con los parametros contractuales para que se realice el pago correspondiente al mes de MAYO, con cargo al contrato 430-2023, de ARRENDAMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO QUE PERMITA LA VISUALIZACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN, ALMACENAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS CON UNA BASE TECNOLÓGICA QUE CONTENGA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE SOFTWARE (PACS RIS), HARDWARE Y SOPORTE TÉCNICO, PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL", VIGENCIAS FUTURAS 2023 - 2026 de la empresa SERVIDIAGNOSTICS S.A.S, para el servicio de radiología e imágenes diagnosticas del hospital militar central.

NOTA 3 : CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA - CONTRACTUAL: NOTA 4: El valor unitario mensual se incrementará para la vigencia 2024 en 7,2%, vigencia 2025 en 5,1% y en la vigencia 2026 en 3,0%, de acuerdo a la CIRCULAR EXTERNA 010 del 23 de febrero de 2023 expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

| 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 N° 29 |               |         |       |         |       | CODIGO:               | VERSIÓN | 10 |
|                     |                                                   |               |         |       |         |       | Página:               | 2 DE 2  |    |

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Sargento Viceprimero. ANDRU ALEXIS GOMEZ MONTE ALEGRE

NÚMERO DE CEDULA:

1070599865

Celular:

3125869610

CORREO: aagomez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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



# SERVIDIAGNOSTICS SAS

NIT : 900,545,507 - 6  
CL 25F 85C 57  
BOGOTÁ DC - COLOMBIA  
4326882 3214928570  
facturacion@servidiagnostics.com  
E - No somos autorretenedores  
Actividad Económica 6202 Tarifa 6,99



## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA SE 4955

Fecha y Hora de Factura

Generación 2026-05-29 10:23:08  
Expedición 2026-05-29 10:25:44  
Vencimiento 2026-07-29

|                         |                                   |              |                |
|-------------------------|-----------------------------------|--------------|----------------|
| Cliente                 | HOSPITAL MILITAR CENTRAL          | Teléfono     | 3486868        |
| NIT                     | 830,040,256 - 0 /Id. Extranjero : | Vendedor     | ADMINISTRACION |
| Dirección               | TV 3 49 02                        | Centro Costo | 300            |
| Ciudad                  | BOGOTÁ DC - COLOMBIA              | Numero       |                |
| Correo                  | facturacionsiif@homil.gov.co      |              |                |
| Order Reference Prefijo |                                   |              |                |

| Descripción                                                                                                                                                | Unid | Cant | V. Unit       | Valor Total   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---------------|---------------|
| ARRENDAMIENTO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN<br>PACS-RIS, QUE INCLUYE INSTALACIÓN,<br>MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y<br>SOPORTE TÉCNICO.<br>MES MAYO |      | 1    | 57,104,981.51 | 57,104,981.51 |

|               |                  |
|---------------|------------------|
| Total Bruto   | 57,104,981.51    |
| IVA           | 10,849,946.49    |
| Total a Pagar | \$ 67.954.928,00 |

### CONDICION DE PAGO

Credito Clientes Nacionales Efectivo 67.954.928,00 Cuota 1 Vence el 2026-07-29

### VALOR EN LETRAS

Sesenta Y Siete Millones Novecientos Cincuenta Y Cuatro Mil Novecientos Veintiocho Pesos

### OBSERVACIONES

#\$15-19-00; contrato 430/2023;jchavez@homil.gov.co#

Firma Elaborado por : ADMINISTRADOR

Firma Recibido

Gracias por preferirnos.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764094783387 aprobado en 2025-06-24 vigente 12 Meses, prefijo SE desde el número 4503 al 5000

CUFE :69ace1552f36d9a82ef7874c4a66b8be312e9ca418d3387a02c00032f3f94682ed22bf5d70665b54f608d08ea0f7e023

ORIGINAL

Página : 1 de 1

Elaborado e Impreso por Siglo SAS Nit: 830.048.145 -8



Servidiagnostics

S.A.S

Bogotá, 11 de junio de 2026

Señores:

**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Ciudad

**REF: DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y  
APORTES PARAFISCALES (ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003)**

Yo **Olga Patricia Sanchez Rodriguez** con C.C. 39.763.983 De Bogotá D.C., en calidad de Revisora Fiscal de la firma **SERVIDIAGNOSTICS S.A.S.** con NIT 900.545.507-6 y de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, declaro bajo la gravedad de juramento y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que se ha efectuado el pago por concepto los aportes y el de los empleados de la compañía los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha.

Sin otro particular

**OLGA PATRICIA SANCHEZ**

**C.C. 39.763.983**

**Tarjeta profesional 53336-T**

**Revisora Fiscal**

**SERVIDIAGNOSTICS SAS**

Teléfono:  
316 616 8097

Dirección:  
Calle 25f #85C - 57, Bogotá.

Correo:  
Info@servidiagnostics.com



## Comprobante de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                      |                             |                    |                 |                     |          |
|-------------------------------|----|----------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|----------|
| Identificación                | dv | Razon Social         | Clase Aportante             | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono |
| NIT 900545507                 | 6  | SERVIDIAGNOSTICS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | SEDE BOGOTÁ        | CL 23D N 81C 75 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 3835087  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |               |            |
|-----------------------------------|------------|---------------|------------|
| Periodo Pensión                   | 2026-05    | Periodo Salud | 2026-06    |
| Fecha límite de pago              | 2026/06/02 | Fecha de pago | 2026/06/11 |
| Días de mora                      | 9          | Tasa de mora  | 26.16%     |

| DATOS DE LA TRANSACCIÓN |             |  |  |
|-------------------------|-------------|--|--|
| Clave planilla          | 9506235487  |  |  |
| Clave de pago           | 382436177   |  |  |
| Banco                   | BANCOLOMBIA |  |  |

| TOTALES                |              |
|------------------------|--------------|
| Valor a pagar          | \$29,457,300 |
| Intereses de mora      | \$195,400    |
| Saldos e incapacidades | \$0          |
| Valor total            | \$29,652,700 |