
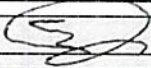


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSION: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI										PAGINA 1 DE 2		
Fecha:	31/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Mayo							
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	N/A (Mayo)	N/A	N/A	N/A	\$ 0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CERO PESOS M/CTE INCLUIDO IVA														
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						\$ 332.080.145,00		\$					
TOTAL CONTRATO											\$ 332.080.145,00			
Nombre del Supervisor: Eduardo José Suárez Díaz						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												
<p>NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° N/A – correspondiente al mes de abril y mayo; en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de abril (pensión) y mayo (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.</p> <p>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.</p> <p>NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:</p>														
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	ÁREA 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				
No aplica		No aplica		No aplica		Entidad Valor		Entidad Valor		Entidad Valor				
						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	CORREO: esuarez@homil.gov.co		
CELULAR: 3208326677					
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 y Certificación Bancaria			N/A	0	

