


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				VERSIÓN: 10	
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES				SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	
						PAGINA 1 DE 2	

Fecha:	30/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Junio
---------------	------------	------------------------------	---	--------------------------	--	---	-------

No. de Contrato:	015-2026	VALOR	\$ 332.080.145
-------------------------	----------	--------------	----------------

N° de Proceso en el SECOP II / Tienda virtual	CD-009-2026-HOMIL
--	-------------------

Objeto	Remoción del soporte técnico del hardware y software Oracle para el Hospital Militar Central.		
---------------	---	--	--

Nombre de Contratista	Oracle Colombia Limitada	NTT/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 V/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 (Junio)	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	\$ 0	\$ -	\$ 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 16/03/2026	FECHA DE TERMINACION 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° N/A - correspondiente al mes de mayo y junio; en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de mayo (pensión) y junio (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 detallada el cuadro relacionado 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 almacen)	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

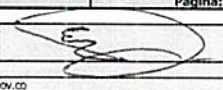
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

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:

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACIÓN GENERAL				
			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
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: 3208328677			CORREO: edsuarz@homil.gov.co		
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:					
DOCUMENTOS			SI	N° 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	

