

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:	06/07/2026		INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	junio 2026	
No. de Contrato:	N°006-2026					VALOR	\$ 42.992.000,00				
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	No. MC-005-2026										
Objeto	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE LICENCIAMIENTO Y DERECHO DE USO DEL SOFTWARE DE SIMILITUD TEXTUAL TURNITIN FEEDBACK STUDIO CON DETECCIÓN DE IA, BAJO LA MODALIDAD DE SOFTWARE COMO SERVICIO (SAAS), PARA EL APOYO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO NORMATIVO AL RESPECTO DE LA SIMILITUD TEXTUAL Y LA AUTORÍA DE DIFERENTES PRODUCTOS LITERARIOS CIENTÍFICOS GENERADOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN LA VIGENCIA 2026".										
Nombre de Contratista	ITIS SUPPORT S.A.S					NIT/ CC		830.080.928-2			
Clase de Contrato	Prestación de servicios					Modalidad de Contratación		Mínima Cuantía			
Cuenta Bancaria No.	044091759			Banco:	BANCO DE BOGOTA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	SEGUROS DEL ESTADO S.A.			Aseguradora (Si aplica):	SEGURO DEL ESTADO S.A.		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		24/02/2026		N°33-46-101072548
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					
VIGENCIA 2026	135126	27/1/2026	1540	23/2/2026	153626	23/2/2026	FES-4292	26-05-2026	BG4013	ABC	\$ 42.992.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 42.992.000
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS MCTE											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)	
VIGENCIA 2026	\$42.992.000		\$ 0,00					42.992.000,00		\$ -	
TOTAL CONTRATO	\$ 42.992.000,00		\$ -			\$ -		\$ 42.992.000,00		\$ -	
Nombre del Supervisor Dra. Claudia Liliana Echeverría González Jefe Unidad de Investigación Científica						Fecha de notificación: ID N°466128 25 febrero 2026					
Plazo de ejecución			FECHA DE INICIO					FECHA DE TERMINACION			
			25/2/2026					31/12/2026			
Vigencia del Contrato:			25-02-2026 al 31-12- 2026								
Prorrogas:			En tiempo:								
			1-								
			2-								
			3-								
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS -PENSIÓN y riesgos profesionales 12-06-2026 Planilla N°89266323– correspondiente al mes de junio (salud) y mayo(pensión) \$317.742.081=.											
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (junio-salud y mayo-pensión); 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: 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 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 / existencia s 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:															
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										CODIGO:		VERSIÓN	10	
											Página:		2 DE 2		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Claudia Liliana Echeverría González Jefe Unidad de Investigación Científica															
NÚMERO DE CEDULA:		51.696.910													
CELULAR : 3143937675									CORREO: cecheverria@homil.gov.co						

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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