

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:	31/03/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		MARZO						
No. de Contrato:	329-2025				VALOR		N/A							
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	329-2025													
Objeto	CONTRATAR UN INTERMEDIARIO PÚBLICO O PRIVADO, PARA QUE TRAMITE, GESTIONE Y LIDERE LA VENTA A TRAVÉS DEL MECANISMO DE MARTILLO O SUBASTA PÚBLICA DE LOS BIENES MUEBLES OBSOLETOS E INSERVIBLES DE PROPIEDAD DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL													
Nombre de Contratista	INVER TRACK SAS				NIT/ CC		901363291							
Clase de Contrato	Prestación de servicios				Modalidad de Contratación		Selección abreviada menor cuantía							
Cuenta Bancaria No.	17990128		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros			Corriente	X			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :			Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):									
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 AÑO (2026)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	MARZO	N/A	N/A	N/A	0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO			N/A								0			
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: N/A														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)				
AÑO 2026	N/A		N/A			N/A		N/A		N/A				
TOTAL CONTRATO	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	-			
Nombre del Supervisor: URBANO MAHECHA IVAÑEZ						Fecha de notificación:09-02-02024								
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO						FECHA DE TERMINACION						
		31/12/2025						31/12/2027						
Vigencia del Contrato:		24 MESES												
Prorrogas:		En tiempo: 24 MESES												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión AAAA/MM/DD y riesgos profesionales AAAA/MM/DD Planilla N° xxxx – correspondiente al mes de XXXX, En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (XXXX); 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 documento 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/ 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 : N/A														
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: URBANO MAHECHA IVAÑEZ			FIRMA														
NÚMERO DE CEDULA:		80278299															
CELULAR : 3003901569			CORREO: umahecha@homil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:																	
<table><tr><td>DOCUMENTOS</td><td>SI</td><td>Nº FOLIOS</td></tr><tr><td>Informe de Actividades con sus soportes</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acta de supervisión y/o Factura</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Pago de Seguridad Social</td><td></td><td></td></tr></table>						DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS	Informe de Actividades con sus soportes			Acta de supervisión y/o Factura			Pago de Seguridad Social		
DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS															
Informe de Actividades con sus soportes																	
Acta de supervisión y/o Factura																	
Pago de Seguridad Social																	