

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO					CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05							
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS					FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024							
		MANUAL: CONTRATACION					VERSIÓN: 10							
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES					PAGINA 1 DE 2							
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI														
Fecha:	30/4/2026	INFORME DE SUPERVISOR.	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL							
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	#ERROR!	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													
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO (2026)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	ABRIL	N/A	N/A	N/A	0			
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO														
N/A														
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 IVÁÑEZ														
Fecha de notificación:09-02-02024														
Plazo de ejecución														
31/12/2025														
31/12/2027														
Vigencia del Contrato:														
24 MESES														
En tiempo: 24 MESES														
Prorrogas:														
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 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 INSTALACION	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 anexionar el siguiente cuadro.														
INFORMACIÓN GENERAL														
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago		SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES						
Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor					
FORMATO														
INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO														
CODIGO: 10														
Página: 2 DE 2														
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: URBANO MAHECHA IVÁÑEZ														
FIRMA														
80278299														
CORREO: umahecha@nomil.gov.co														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS														
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														