

HOSPITAL MILITAR CENTRAL 		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO				CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-05									
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		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: 30/4/2026		INFORME DE SUPERVISOR		X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO							
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 PRESTACION 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	MAYO	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		N/A				
TOTAL CONTRATO	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	\$	-	-				
Nombre del Supervisor: URBANO MAHECHA IVÁÑEZ															
Fecha de notificación:09-02-02024															
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION									
		31/12/2025				31/12/2027									
Vigencia del Contrato:		En tiempo: 24 MESES				24 MESES									
Prórrogas:															
NOTA 1: Verifico pago de parafraseos 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 del mes de XXXX; 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION															
NOTA 2: Recuerdo 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	
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 \$ 6.550.000 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 IVÁÑEZ							FIRMA								
NÚMERO DE CEDULA:							80278299								
CELULAR: 3003901569							CORREO: umahecha@homil.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															