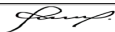


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 30-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	30/4/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME		JUNIO						
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	JUNIO	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 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:		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 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 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 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											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					SI		N° FOLIOS							
Informe de Actividades con sus soportes														
Acta de supervisión y/o Factura														
Pago de Seguridad Social														

