HOSPITAL +A1:O42MILITAR 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:	1-jun-26	INFORME DE SUPERVISOR	JUNIO	TRAMITE PARA PAGO	JUNIO	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES JUNIO 2026
No. de Contrato:	126-2026			VALOR	14.000.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SMC 095-2026						
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS ACCESORIOS Y COMPONENTES Y PARTE ORIGINALES NUEVAS PARA LOS MOTORES LINVACTE QUE PERTNENECEN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	BIOART			NIT/ CC	805.026.666-8		
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO Y SUMINISTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MINIMA CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	566141834	Banco:	BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):			

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (Ej:2026)	181926	21/05/2026	2394	25/06/2026	237226	25/06/2026					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											

SALDO 14.000.000

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2024	14.000.000			-	14.000.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 14.000.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 14.000.000,00

Nombre del Supervisor MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		Fecha de notificación: JULIO 7 2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	17/06/2026	30/11/2026
Vigencia del Contrato:	5 MESES 13 DIAS	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N°- correspondiente al mes de en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ( ); 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

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	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	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 (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO		
NÚMERO DE CEDULA:	35418457	
CELULAR : 3125868271	CORREO: marcas1900@hotmail.com	

Powered by CamScanner