

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRÁMITE 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		PAGINA 1 DE 2	
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI					
Fecha:	31-03-2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X
				MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	
				marzo 2025	

No. de Contrato:	032-2025	VALOR		\$45.000.000,00	
N° de Proceso en el SECOPII /Tienda virtual	MC-019-2025-HOMIL				
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ENTREGA A NIVEL NACIONAL DE ARREGLOS FLORALES PARA CELEBRAR EL ANIVERSARIO DE LA ENTIDAD, REALIZAR CONDOLENCIAS, DAR AGRADECIMIENTOS Y OTROS EVENTOS QUE PERMITAN OTORGAR BIENESTAR EN DIFERENTES SITUACIONES A EMPLEADOS, PENSIONADOS Y MILITARES EN COMISIÓN				
Nombre de Contratista	NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA	NIT/ CC	79157181-7		
Clase de Contrato	OTRO	Modalidad de Contratación	MINIMA CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	67404566722	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	100377002	Aseguradora (Si aplica):	MUNDIAL DE SEGUROS	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	28-3-2025
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL					
VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.
2025	138625	11-02-2025	1386	11-2-2025	138325
		FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO		FECHA FACTURA
		27-3-2027			
		ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA		VALOR OBLIGACIÓN
					\$0
					\$0

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:					
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	\$45.000.000	\$0	\$0		\$45.000.000
TOTAL CONTRATO	\$ 45.000.000,00	\$0	\$0	\$0	\$45.000.000

Nombre del Supervisor: Sandra Patricia Galeano Camacho		Fecha de notificación: 30-4-2025	
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
		31-3-2025	31-12-2024
Vigencia del Contrato:		30-12-25	
Prorrogas:		En tiempo	
		1-	
		2-	
		3-	
NOTA 1: Para el mes de marzo no se requirieron los servicios objeto de este contrato			
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 detallada 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/ en mantenimiento/ 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 (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	Entidad	Salud	Entidad	Pensión	Entidad	Riesgos Profesionales					
				Valor		Valor		Valor					
FORMATO									CODIGO:	VERSIÓN	10		
									Página:	2 DE 2			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO													
NÚMERO DE CEDULA:		63435664											
CELULAR : 3202309829						CORREO: sgaleano@homil.gov.co							

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	N/A	N/A
Acta de supervisión y/o Factura	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A

