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: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	26-08-2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	agosto 2025

No. de Contrato:	032-2025	VALOR	$45.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /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				

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2025	138625	11-02-2025	1386	11-2-2025	168325	11-2-2025	FP523	14-8-25			$1.278.060
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$1.278.060

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS M/CTE**

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	$9.493.820	$35.506.180
TOTAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	$0	$0	$9.493.820	$35.506.180

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: En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social y pago de parafiscales de acuerdo a la certificado de aportes generado por MIPLANILLA, a la certificacion de parafiscales presentado por el contratista Nelson Emilio Poveda Acosta con C.C. 79,157,181 y que hacen parte como soporte de este informe de supervisión.

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 continuacion:

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 (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	Entidad	Valor

FORMATO	**INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO**	**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	x	1
Pago de Seguridad Social	x	2

NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA

Quédate con las Flores
NIT: 79157181-7
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CRA 62 96-35, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3134367588



Autorización facturación electrónica No. 18764090863123 válida desde 2025-03-21 hasta 2027-03-21 rango desde FP501 hasta FP1500

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	830040256
Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección:	TV 3#49 02, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 01
Teléfono:	3132606196
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FP523
Fecha Emisión	14/08/2025 12:05:24-05:00
Fecha Vencimiento	30/09/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	30/09/2025
Total de Lineas:	3

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	afunbog	arreglo funebre en bogota	C62	3,00	$170.000,00	IVA	19%	96900	0,00	$510.000,00
2	afunfb	arreglo funebre fuera de bogota	C62	2,00	$140.000,00	IVA	19%	53200	0,00	$280.000,00
3	AFLG	Arreglo Floral Grande	C62	2,00	$142.000,00	IVA	19%	53960	0,00	$284.000,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe
Impuestos			
01 IVA	$1.074.000,00	19,00%	$204.060,00

Subtotal:	$1.074.000,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$204.060,00
Total:	$1.278.060,00

Notas:	#$15-19-00;contrato032-2025;jchavez@homil.gov.co#$
CUFE:	4894fc6f499c4b521b6929caa67d59f80cf00334eb919f77c6d8f4aef85b3b1dfccd9be5311347e49a87ca66788eeccf
Total con letra:	(Un millon doscientos setenta y ocho mil sesenta pesos)

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA 26 AUG 2025

Firma Digital: FOV9VxlShDevTR+WOKAzMs7Wkx88DRktDY76D72Y01HnDzdBjCi+ikmCjxwuX6N
bH88M/e4M2wkP0RPACLZK40qH6F/FQTI4hQFIHT5uh0JyMNGLn
LG3LjfCexrtVJJ FN8K8TYIA9ThrRALJHttvkt5ic4aLwnrS+7TQH5pUXJbCZLsXt14UvwOxJSBnnts IDDi8y+A3lv5uVWtya6eB931vSOQqXIBEla
46j6xYVFwV53O6tly6C2GB8LHccga jwu1OV38Po2djgD71eD5SP1cvudlMPENxrrfEjLrjJHi2AkTCM+CZBDiOV7i48q z60aHsdEvyLFjv6Wse8j
CQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Agosto 14 de 2025

CERTIFICACION PARAFISCALES

Yo NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA identificado con la CC N. 79.157.181 de Bogotá, Representante Legal de FLORES Y DETALLES HOUSTON certifico el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social integral y aportes parafiscales, Aclarando que dado el hecho de que no cuento con empleados por nomina, no estov obligado al paqo de parafiscales por cuanto el Vínculo con las Personas que Laboran en mi negocio es por Prestación de Servicios y Servicio Temporal o por Jornada de Trabajo. Lo anterior acatando las disposiciones de la Ley 100 de 1.993 en sus art. 202 y 204 y demás normas reglamentarias.

Además Certifico que me encuentro al día con los aportes respecto de las obligaciones frente al SSS

Sin más particulares quedo de ustedes,

Anexo certificación de pagos.

Atentamente,



NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA
CC. 79.157.181

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA**, identificada con **CC** número **79157181**, aportó por **NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA** identificado(a) con **CC** número **79157181** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 06 - 2025 y 07 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,500,000	0.16000	$240,000	$0	$0	Junio - 2025	87950730	24/07/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,500,000	0.02000	$30,000	$0	$0	Junio - 2025	87950730	24/07/2025	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,500,000	0.12500	$187,500	$0	$0	Junio - 2025	87950730	24/07/2025	NO
14-29	La Equidad Seguros de Vida	59															0		30	$1,500,000	0.00522	$7,900	$0	$0	Junio - 2025	87950730	24/07/2025	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59		X													0		30	$1,500,000	0.16000	$240,000	$0	$0	Julio - 2025	88251121	26/08/2025	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59		X													0		30	$1,500,000	0.02000	$30,000	$0	$0	Julio - 2025	88251121	26/08/2025	NO
EPS008	Compensar EPS	59		X													0		30	$1,500,000	0.12500	$187,500	$0	$0	Julio - 2025	88251121	26/08/2025	NO
14-29	La Equidad Seguros de Vida	59		X													0		30	$1,500,000	0.00522	$7,900	$0	$0	Julio - 2025	88251121	26/08/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **26** días del mes **Agosto** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.