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:	30-09-2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	septiembre
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					
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$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	$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	30-12-2025
Vigencia del Contrato:	30-12-25	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Para el mes de septiembre 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 detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NUMERO 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	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A

Powered by CamScanner