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:	15-12-2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	DICIEMBRE

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	FP555	11-12-25			$8.237.180
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$8.237.180

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA 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**	**$19.147.100**	**$25.852.900**
TOTAL CONTRATO	**$ 45.000.000,00**	**$0**	**$0**	**$19.147.100**	**$25.852.900**

Nombre del Supervisor: YELIXA ANDREA CASTILLO GAONA	**Fecha de notificación: 12 de noviembre de 2025 / con ID 445439**	
Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	31-3-2025	31-12-2025
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 presento el certificado expedido por COLPENSIONES en donde informa que mediante la resolucion No. 217931 de 2025 concedió pension de vejez y se relaciona los aportes efectuados y adicional presenta certificacion de parafiscales suscrito 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: YELIXA ANDREA CASTILLO GAONA

NÚMERO DE CEDULA: 52710033

CELULAR : 3112900370 **CORREO:** ycastillo@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	3

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. 6016133877

[redacted]

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

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	**830040256**
Nombre o 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	**FP555**
Fecha Emisión	**11/12/2025 09:46:50-05:00**
Fecha Vencimiento	**11/01/2026**
Moneda	**COP Colombia, Pesos**
Forma de Pago:	**Crédito**
Medio de Pago:	**Consignación bancaria**
Fecha de Pago:	**11/01/2026**
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	9,00	$170.000,00	IVA	19%	290700	0,00	$1.530.000,00
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	36,00	$142.000,00	IVA	19%	971280	0,00	$5.112.000,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe
Impuestos			
01 IVA	$6.922.000,00	19,00%	$1.315.180,00

Subtotal:	$6.922.000,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
IVA:	$1.315.180,00
Total:	$8.237.180,00

Notas:	#$15-19-00;contrato032-2025;jchavez@homil.gov.co#$
CUFE:	3730dcf0e937edee6ea023c6641dc4c011c4e799d4864ba1000a4f83e77c90279cad5a0191c82bae7a72e590cefb432e
Total con letra:	(ocho millones doscientos treinta y siete mil ciento ochenta pesos)

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
11 DEC 2025

Firma Digital: KmXHdbYP23Sy1rW129OZ1zsgTryhZXHOZLMKrggsNh0xu9/KbuBaxZrYRWGuh2Sg
AUX3MKFCquGEDFSZtpE1E3lrztlyh9ObpgV9iEqqYYNoASePX
/mmH2YqHWyfr84 kk495S0dXIHj5KDpwy5KFLuyfJTxLTsbaDAwxfGkbki8g+QUL9S5Ru0hulmBeMVa 16YCC/m3fvTPUT+68DfiP8KkqR480HqCx6
zD1Oku35Lg219l3/X10ej5Rj7LZbZ 3lQMW9kfWtqhevZZkGI7lAgz9tD5vAp3DGzcMEWYV211vlWT/SDLbaw7xiN7n+T3 qX2+oYGDAsVxiAkN4ZF2
VQ==

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.

Colpensiones

El futuro es de todos

RADICADO 2023_79157181

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **79157181** y número de Afiliación **979157181100**, esta Administradora mediante resolución No. **217931** de **2025** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Agosto** de **2025.**

Estado: **ACTIVO.**

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 10 de diciembre de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79157181	NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA	CRA 49 #128A 38	6133811	nepahouston@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91565049	$185.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	185.500	185.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79157181	NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA		CRA 49 #128A 38	6133811	nepahouston@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91565049	$185.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	SAS	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79157181	POVEDA ACOSTA NELSON EMILIO	57	2			N																		0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Diciembre 10 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 como Pensionado e Independiente anexo certificación.

Sin más particulares quedo de ustedes,

Anexo certificación de pagos.

Atentamente,

NELSON EMILIO POVEDA ACOSTA
CC. 79.157.181