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:	31-01-2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	ENERO

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				

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

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	$ 45.000.000,00	$0	$0	$19.147.100	$25.852.9
TOTAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	$0	$0	$19.147.100	$25.852.9

Nombre del Supervisor: YELIXA ANDREA CASTILLO GAONA — **Fecha de notificación: 12 de noviembre de 2025 / con ID 445439**

	FECHA DE INICIO	**FECHA DE TERMINACION**
Plazo de ejecución	31-3-2025	30-6-2026
Vigencia del Contrato:	30-6-26	
Prorrogas:	**En tiempo** **1- Se prorroga el contrato hasta el 30 de junio de 2026 (ID: 455115), con el fin de cumplir con los requerimientos y solicitudes que se presenten durante la presente vigencia.** **2-** **3-**	

NOTA 1: Para el mes de enero no se requirieron los servicios objeto de este contrato

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	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	OBSERVACIONE

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.

INFORMACION 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	N/A	N/A
Pago de Seguridad Social	N/A	N/A