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:	22-05-2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	MAYO
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**
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	100377002	**Aseguradora (Si aplica):**	MUNDIAL DE SEGUROS	**Fecha de aprobación de la Garantia (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	19-1-2026	FP577	11-5-26			$7.287.560
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$7.287.560

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS 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	$ 45.000.000,00	$0	$0	$30.342.620	$14.657.380
TOTAL CONTRATO	$ 45.000.000,00	$0	$0	$30.342.620	$14.657.380

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	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: 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 concedio 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, Mi Planilla 78091400

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**	**NUMERO 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 TRÁMITE 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	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

Powered by CamScanner