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:	30-06-2026	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	junio 2026
No. de Contrato:	084-2026			VALOR	$ 21.543.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-066-2026-HOMIL						
Objeto	ADQUISICIÓN ELEMENTOS PARA ACOMPAÑAMIENTO ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y CAPACITACIÓN						
Nombre de Contratista	NEXUS PROYECTA SAS			**NIT/ CC**	901.983.811-2		
Clase de Contrato	OTRO			**Modalidad de Contratación**	MINIMA CUANTIA		

Cuenta Bancaria No.	550108900712374	**Banco:**	DAVIVIENDA	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	X	**Corriente**	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	100377002	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	16-6-2026			

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**					
2026	156026	17-03-2026	1560	17-3-2026	222826	12-6-2026					$0
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										0	$0

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Ninguno

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
2026	**$ 21.543.000,00**	**$0**	**$0**	**$0**	**$21.543.000**
TOTAL CONTRATO	**$ 21.543.000,00**	**$0**	**$0**	**$0**	**$21.543.000**

Nombre del Supervisor: Yelixa Andrea Castillo Gaona **Fecha de notificación:**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	22-6-2026	15-8-2026
Vigencia del Contrato:	60 días	
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Para el mes de junio 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.

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