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:	31-08-2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	agosto 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.	055010890071237 4	**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				

	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**
2026	156026	17-03-2026	1560	17-3-2026	222826	12-6-2026	NEXT 9	20-8-26		Activos Fijos	$19.706.400
2026	156026	17-03-2026	1560	17-3-2026	222826	12-6-2026	NEXT 9	20-8-26	BG4104	Almacen 1	$1.836.600
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										0	$21.543.000

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: **Veintiun Millones Quinientos Cuarenta y Tres Mil Pesos Mcte**

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**	**$21.543.000**	**$0**
TOTAL CONTRATO	**$ 21.543.000,00**	**$0**	**$0**	**$21.543.000**	**$0**

Nombre del Supervisor: Gloria Maryury Morales Morales	**Fecha de notificación: 14/08/2026**	
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: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N° 94301755 correspondiente al mes de julio y agosto.
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el proveedor efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (julio y agosto). 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

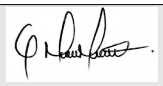
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):
Durante el mes de agosto, se coordinó la programación de entregas con el proveedor y se verificó el estado técnico y funcional de los elementos, garantizando el cumplimiento de las especificaciones requeridas. Asimismo, se recibió la capacitación correspondiente para la debida instalación y armado de los mismos.

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: GLORIA MARYURY MORALES MORALES



NÚMERO DE CEDULA:	1020791263
CELULAR : 3118638711	**CORREO:** gmorales@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	3