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:	**1/07/2024**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**2024 - 06**

No. de Contrato:	**CONTRATO No. 126 de 2024**	**VALOR**	**$ 5.200.000,00**
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	**MC-127-2024-HOMIL**		
Objeto	**"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSMISIÓN EN VIVO Y EN DIRECTO, VÍA STREAMING DE LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL".**		
Nombre de Contratista	**JAGUAR PRODUCCIONES GROUP SAS**	**NIT/ CC**	**900.673.569-0**
Clase de Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**Modalidad de Contratación**	**SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA**

Cuenta Bancaria No.	**168 157696 04**	**Banco:**	**BANCOLOMBIA S.A.**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**xx**	**Corriente**	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**NB-100322445**	**Aseguradora (Si aplica):**	**MUNDIAL DE SEGUROS SA**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**17/05/2024**

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**					
VIGENCIA AÑO 2024	**167624**	**19/03/2024**	**2325**	**14/05/2024**	**230624**	**14/05/2024**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**0**

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)**
VIGENCIA AÑO 2024	5.200.000,00	0,00	0,00	5.200.000,00	0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
TOTAL CONTRATO	**$ 5.200.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 5.200.000,00**	**$ -**

Nombre del Supervisor: WALTER ALBERTO HERNANDEZ GUTIERREZ	**Fecha de notificación: 20/05/2024**

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	20/05/2024	**30/06/2024**
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	**En tiempo**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y riesgos profesionales 2024/05 y Pensión 2024/04 Planilla N° 76737868 – correspondiente al mes de MAYO 2024
En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MAYO 2024; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.
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: WALTER ALBERTO HERNANDEZ GUTIERREZ	
NÚMERO DE CEDULA:	79537760
CELULAR : 3112634388	CORREO: wahernandez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	NO	0
Acta de supervisión y/o Factura	NO	0
Pago de Seguridad Social	NO	0