

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: CONTRATACIÓN					VERSIÓN: 10				
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES									
		SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI					PAGINA 1 DE 2				
Fecha:	1/06/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	2025 - 05 MAYO				
No. de Contrato:	CONTRATO No. 076 de 2025			VALOR	\$ 8.000.000,00						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-081-2025-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	SUBASTA INVERSA						
Cuenta Bancaria No.	168 157696 04	Banco:	BANCOLOMBIA SA		Tipo de Cuenta:	Ahorros	XX	Corriente			
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		AB007275	Aseguradora (Si aplica):		LA EQUIDAD SEGUROS		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		6/05/2025		
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINÁMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2025	162725	23/04/2025	1627	23/04/2025	193725	5/05/2025	DLJ 282	14/05/2025	NO APLICA	NO APLICA	7.999.999,91
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											7.999.999,91
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y UN CENTAVOS MCTE											
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICIÓN (B)		REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)		VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)		
VIGENCIA AÑO 2025	8.000.000,00		0,00		0,00		7.999.999,91		0,09		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
									0,00		
TOTAL CONTRATO	\$ 8.000.000,00		\$ -		\$ -		\$ 7.999.999,91		\$ 0,09		

Nombre del Supervisor: WALTER ALBERTO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ		Fecha de notificación: 06/05/2025		
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACIÓN	
	5/05/2025		30/06/2025	
Vigencia del Contrato:				
Prorrogas:	En tiempo			
	1-			
	2-			
	3-			
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y riesgos profesionales 2025/05 y Pensión 2025/04 Planilla N° 86223169 – correspondiente al mes de MAYO 2025 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 2025; 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 relacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACÉN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia s 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

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	ÁREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO			FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

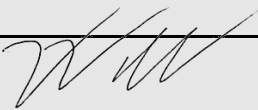
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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					CÓDIGO:		VERSIÓN	10
						Página:		2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: WALTER ALBERTO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

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	SI	3
Acta de supervisión y/o Factura	SI	1
Pago de Seguridad Social	SI	2