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:	**4/07/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**	**X**	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**2025 - 06 JUNIO**

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**	**---**	**---**	**---**	**---**	**0,00**
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**0,00**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: ---

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
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: NO SE PRESENTAN MOVIMIENTOS EN EL 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 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 / 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

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	0
Acta de supervisión y/o Factura	SI	1
Pago de Seguridad Social	SI	0