


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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		

Fecha:	1/09/2025	<u>INFORME DE SUPERVISOR</u>	X	<u>TRAMITE PARA PAGO</u>	MES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	2025 - 08 <u>AGOSTO</u>
--------	-----------	------------------------------	---	--------------------------	--	----------------------------

No. de Contrato:	CONTRATO No. 076 de 2025	<u>VALOR</u>	\$ 8.000.000,00
------------------	--------------------------	--------------	-----------------

Nº 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	<u>NIT/ CC</u>	900.673.569-0
-----------------------	-------------------------------	----------------	---------------

Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<u>Modalidad de Contratación</u>	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	0,09	7.999.999,91	0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
					0,00
TOTAL CONTRATO	\$ 8.000.000,00	\$ -	\$ 0,09	\$ 7.999.999,91	\$ -

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 detallada 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

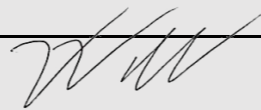
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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