HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 24-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/09/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**	X	**TRAMITE PARA PAGO**		**MES DE PAGO**	
No. de Contrato:	170-2025			**VALOR**	$ 295.358.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-011-2025-HOMIL						
Objeto	MANTENIMIENTO DE LOS TREINTA Y CUATRO (34) CENTROS DE CABLEADO (INCLUIDA LA ADQUISICION DE ENLACES DE FIBRA PARA 10 DE ESTOS CENTROS DE CABLEADO EXISTENTES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	CONSORCIO V2C			**NIT/ CC**	901964133-6		
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO			**Modalidad de Contratación**	SELECCIÓN ABREVIADA		
Cuenta Bancaria No.	650-000030-31	**Banco:**	BANCOLOMBIA	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros X	Corriente	

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP				
2025	143225	24/02/2025	2817	4/08/2025	280025	4/08/2025				$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										$ -

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)
2025	$ 295.358.000,00	$ -	$ -	$ -	$ 295.358.000,00
TOTAL CONTRATO	**$ 295.358.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ -**	**$ 295.358.000,00**

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**21-44-101476108**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**5/08/2025**

Nombre del Supervisor : TERESA MORENO VIZCAÍNO

Fecha de notificación: 06/08/2025

	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Plazo de ejecución	11/08/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:	31/12/2025	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

Descripción de Bienes a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
MANTENIMIENTO DE LOS TREINTA Y CUATRO (34) CENTROS DE CABLEADO (INCLUIDA LA ADQUISICION DE ENLACES DE FIBRA PARA 10 DE ESTOS CENTROS DE CABLEADO EXISTENTES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Dentro de la ejecucion del contrato se ha realizado la intervencion para el peinado, limieza y organización de los siguietes centros de cableado: 1. Lobby - Piso 1 2. Consulta Externa (Antiguo Atención al Usuario) 3. Radioterapia - Sótano 1 4. Escuela de Enfermería - Sótano 3 5. TPR - Piso 4 Sur 6. Salas de Maternidad -Piso 4 Sur 7. Noc-Soc - Container Piso 2 8. Laboratorio Innovación - Piso 13 9. Piso 9 Central 10. Hematología - Piso 7 Central 11. Piso 7 Pasillo 12. Piso 11 Central 13. Electrofisiología - Piso 2 Norte 14. Recibo 8 - Consulta Externa 15. Mantenimiento Adicionalmente se realizó el tendido de la ductería para la instalación de los enlaces de Fibra en los 10 centros de cableado.	N/A				$ -
Total del mes					**$ -**
Saldo del contrato					**$ -**

NOTA 1:	
NOTA 2:	

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	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

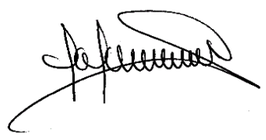
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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:GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
TERESA MORENO VIZCAÍNO



NÚMERO DE CEDULA: 52.119.736

CELULAR : 315-3079303 | **CORREO: tmoreno@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		