

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:	30/11/2025	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 SECOPI 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					
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION					
		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		N/A								\$ -	
Dentro de la ejecución del contrato se ha realizado la intervención para el peinado, limpieza y organización de los siguientes centros de cableado: 1. Subdirección Docencia Piso 13 2. Salud Ocupacional Piso 3 3. Piso 2 Pasillo 4. Imágenes Diagnósticas Adicionalmente se realizó la entrega e instalación de los avisos de identificación para cada uno de los Racks.											
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 / 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

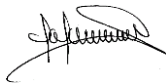
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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-GECC-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		