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: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	25/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	JUNIO

No. de Contrato:	099 - 2025	VALOR	51.850.000		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	MC-079-2025-HOMIL				
Objeto	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EXÁMENES MEDICO OCUPACIONALES CON SUS RESPECTIVOS PARACLÍNICOS (INGRESO-EGRESO - PERIÓDICO) Y ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO AL RIESGO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL."				
Nombre de Contratista	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S	NIT/ CC	830.103.479-8		
Clase de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA		
Cuenta Bancaria No.	004469999603	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantia Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101256744	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	10/06/2025			

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (2025)	153725	26/03/2025			221925	10/06/2025	C41866	16/07/2025			$ 1.230.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 1.230.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (2025)	$ 51.850.000,00			$ 1.230.000,00	$ 50.620.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 51.850.000,00	$ -	$ -	$ 1.230.000,00	$ 50.620.000,00

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodriguez González		Fecha de notificación: 10/06/2025
Plazo de ejecución: 6 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	10/06/2025	31/12/2025
Vigencia del Contrato:		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión 20/06/2025 y Riesgos Profesionales 20/06/2025 Planilla N° 7975737475**correspondiente al mes de mayo y junio.
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 y junio)**; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades c
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 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/	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
N/A														

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
N/A													

OBSERVACIONES :

(21) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL .
(21) OPTOMETRÍA.
(19) PERFIL LIPIDICO.
(19) GLICEMIA.
(1) PAQUETE MANIPULACIÓN ALIMENTOS (KOH-FF-COPRO).

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.

INFORMACION GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA MARCELA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ		
NÚMERO DE CEDULA:	52717479	
CELULAR : 3158765316		**CORREO:** drodriguez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	1

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

NIT : 830,103,479 - 8
CRA 45 A 94 91
BOGOTA - COLOMBIA
7420428 7420428
facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com
No responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8621 Tarifa 9,66

Cliente	HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
NIT	830,040,256 - 0	**Teléfono**	3486868
Dirección	Tv. 3C #49-02	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	judicialeshmc@homil.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 41866

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-07-16	11:25:17
Expedición	2025-07-16	11:29:52
Vencimiento	2025-08-16	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		21.00	22,000.00	462,000.00
2	0010002890207	OPTOMETRIA		21.00	11,000.00	231,000.00
3	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		19.00	20,000.00	380,000.00
4	0020001903841	GLICEMIA		19.00	7,000.00	133,000.00
5	0020001905736	PAQUETE MANIPULACION ALIMENTOS(KOH-FF-COPRO)		1.00	24,000.00	24,000.00

Total Items 5

Total Bruto	1,230,000.00
Total a Pagar	**$ 1.230.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo — Cuota 1 F - 003- 41866 Vence el 2025-08-16 — 1.230.000,00

VALOR EN LETRAS

Un Millon Doscientos Treinta Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PERIODO FACTURADO JUNIO

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
25 JUL 2025

Firma Elaborado por : ANGIE MARCELA G

Firma Recibido

DESPUES DE 48 HORAS DE RECIBIDO ELECTRONICAMENTE NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES PARCIALES O TOTALES - FAVOR REALIZAR EL PAGO BANCO DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE 004469999603 A NOMBRE DE CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S CON NIT 830.103.479-8 , ENVIAR SOPORTE DE PAGO AL CORREO DE contabilidad@controlarsalud.com

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764078936652 **aprobado en** 2024-09-05 **hasta el** 2025-08-31, **vigencia** 12 Meses, **prefijo C desde el número** 39857 **al** 50000

CUFE :b380becc6c2363176e2b625c587880094b356b9fdc1d048c1072e339103c3ab1c7e46abbc1018cedd8ec444e4f709c16

ORIGINAL

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8