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:	19/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO		MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	JULIO

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.	0560004469999603	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X
Garantía 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	C41973	8/08/2025			$ 14.689.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 14.689.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:CATORCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE 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			$ 15.919.000,00	$ 35.931.000,00
TOTAL CONTRATO	$ 51.850.000,00	$ -	$ -	$ 15.919.000,00	$ 35.931.000,00

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodríguez 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 Pensión29/07/2025 y Riesgos Profesionales 29/07/2025 Planilla N° 7979005924** correspondiente al mes de **junio y julio.** en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(junio y julio)**; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o 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 :
(234)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO.
(1)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL SEGUIMIENTO.
(1)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO.
(3)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD
(234)OPTOMERÍA.
(14)AUDIOMETRIA.
(180)PERFIL LIPIDICO.
(180)GLICEMIA.
(5)CUADRO HEMATICO.
(2)H.C.G. TEST EN SANGRE.
(4)CREATITINA.
(3)HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES.
(5)FROTIS DE SANGRE PERIFERICA.
(4)NITROGENO UREICO EN SANGRE BUN.
(4)TIROXINA TOTAL.
(4)TRIVODOTIRONINA TOTAL.
(3)RETICULOCITOS.
(11)DRIGAS DE ABUSO X5.
(9)PAQUETE MANIPULACIÓN ALIMENTOS(KOH-FF-COPRO).
(11)PSICOSENSOMETRICA.
(10)PSICOLOGICO.

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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 INTEGRAL SAS
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	judicialeshmc@homil.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 41973

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-08-08	10:57:23
Expedición	2025-08-08	11:02:04
Vencimiento	2025-09-08	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO		234.00	22,000.00	5,148,000.00
2	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL SEGUIMIENTO		1.00	35,000.00	35,000.00
3	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO		1.00	22,000.00	22,000.00
4	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD		3.00	35,000.00	105,000.00
5	0010002890207	OPTOMETRIA		234.00	8,000.00	1,872,000.00
6	0020002954104	AUDIOMETRIA		14.00	8,000.00	112,000.00
7	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		180.00	20,000.00	3,600,000.00
8	0020001903841	GLICEMIA		180.00	7,000.00	1,260,000.00
9	0020001902208	CUADRO HEMATICO		5.00	25,000.00	125,000.00
10	0020001904508	H.C.G TEST EN SANGRE		2.00	15,000.00	30,000.00
11	0020001903822	CREATININA		4.00	12,000.00	48,000.00
12	0020001904902	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES		3.00	27,000.00	81,000.00
13	0020001902206	FROTIS DE SANGRE PERIFERICA		5.00	15,000.00	75,000.00
14	0020001903856	NITROGENO UREICO EN SANGRE BUN		4.00	12,000.00	48,000.00
15	0020001000010	TIROXINA TOTAL		4.00	27,000.00	108,000.00
16	0020001000124	TRIVODOTIRONINA TOAL		4.00	27,000.00	108,000.00
17	0020001902222	RETICULOCITOS		3.00	12,000.00	36,000.00
18	0020001905727	DROGAS DE ABUSO X 5		11.00	65,000.00	715,000.00
19	0020001999406	PAQUETE MANIPULACION ALIMENTOS(KOH-FF-COPRO)		9.00	24,000.00	216,000.00
20	0010003890409	PSICOSENSOMETRICA		11.00	45,000.00	495,000.00
21	0010003000013	PSICOLOGICO		10.00	45,000.00	450,000.00

Total Items 21

Total Bruto 14,689,000.00

Total a Pagar **$ 14.689.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Efectivo — Cuota 1 F - 003- 41973 Vence el 2025-09-08 — 14.689.000,00

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA 15 AUG 20

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 :606fc0dcdc5f11c0ef3d880aa14f887ce6fdb930c3cd1ee0a6b90d9527b94888f3172a586754d2ed68cb7b74458b745f

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



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 INTEGRAL SAS
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	judicialeshmc@homil.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 41973

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-08-08	10:57:23
Expedición	2025-08-08	11:02:04
Vencimiento	2025-09-08	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total

VALOR EN LETRAS

Catorce Millones Seiscientos Ochenta Y Nueve Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PERIODO FACTURADO JULIO

Firma Elaborado por : ANGIE MARCELA G

Firma Recibido

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 :606fc0dcdc5f11c0ef3d880aa14f887ce6fdb930c3cd1ee0a6b90d9527b94888f3172a586754d2ed68cb7b74458b745f

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