| 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: | 22/09/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de Contrato:** | 101 - 2025 | | | **VALOR** | 37.422.000 | | | | |
| **N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual** | MC-100-2025-HOMIL | | | | | | | | |
| **Objeto** | SERVICIO DE DOSIMETRÍA PERSONAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS DOSIS RECIBIDAS POR LOS TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS A RADIACIONES IONIZANTES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. | | | | | | | | |
| **Nombre de Contratista** | CARE DOSIMETRY SAS | | | **NIT/ CC** | 900.565.894-7 | | | | |
| **Clase de Contrato** | PRESTACIÓN DE SERVICIO | | | **Modalidad de Contratación** | SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA | | | | |
| **Cuenta Bancaria No.** | 26589871994 | **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de Cuenta:** | **Ahorros** | X | **Corriente** | | |
| **Garantía Cumplimiento (Si aplica) :** | 45-46-101031325 | **Asegurador a (Si aplica):** | SEGUROS DEL ESTADO | **Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):** | 6/06/2025 | | | | |

| 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) | 166325 | 7/05/2025 | | | 213625 | 30/05/2025 | FEC 4448 | 19/09/2025 | | | $ 2.856.012,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| **VALOR AUTORIZADO PARA PAGO** | | | | | | | | | | | $ 2.856.012,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOCE 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) | $ 37.422.000,00 | | | $ 8.996.998,00 | $ 28.425.002,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **TOTAL CONTRATO** | **$ 37.422.000,00** | **$ -** | **$ -** | **$ 8.996.998,00** | **$ 28.425.002,00** |

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre del Supervisor:** Diana Marcela Rodríguez González | | **Fecha de notificación:** 09/06/2025 |
| **Plazo de ejecución: 6** meses | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACION** |
| | **9/06/2025** | **31/12/2025** |
| **Vigencia del Contrato:** | | |
| **Prorrogas:** | **En tiempo** | |
| | **1-** | |
| | **2-** | |
| | **3-** | |

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión 17/09/2025 y Riesgos Profesionales 17/09/2025 Planilla N°9491836223** correspondiente al mes de agosto y septiembre.
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(agosto y septiembre)**; 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 | NUMERO DE REPORTE DE | 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 :
(110)ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TÉCNICA TLD WB.
(4)ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TÉCNICA TLD EXT
(6)ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TÉCNICA TLD

**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 | | PENSION | | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | Entidad | Valor | Entidad | Valor | Entidad | Valor |
| | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FORMATO | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO | CODIGO: | VERSIÓN | 10 |
| | | Página: | 2 DE 2 | |

| | |
|---|---|
| **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 | N° FOLIOS |
|---|---|---|
| Informe de Actividades con sus soportes | X | 1 |
| Acta de supervisión y/o Factura | X | 2 |
| Pago de Seguridad Social | X | 1 |

www.caredosimetry.com
Calle13F No. 55-44 B/1 DE MAYO
Tel: 514-39-92, Movil: 321-775-0434
email: admon@caredosimetry.com
Cali-Valle
NIT 900565894

CARE DOSIMETRY S.A.S
Dosimetría Personal TLD

# Factura Electrónica De Venta
## FEC4448

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764092977572 que habilita desde FEC 4001 hasta FEC 4500. Vence 2027-05-08

LICENCIA CD-003 MINISTERIO DE MINAS Y ENERGIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CLIENTE | HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| NIT | 830040256 0 | CODIGO CLIENTE | |
| DIRECCION | TELEFONO | CIUDAD | |
| TV 3 No. 49-02 | 3486868 | Bogota D.C. | |
| FECHA FACTURA | | FECHA VENCIMIENTO | |
| viernes, 19 de septiembre de 2025 | | 19-oct-25 | |
| FORMA DE PAGO | | Credito | |

#$15-19-00;101/2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$

| Item | Descripción | Cantidad | Valor Unitario | Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2. ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD WB | 110,00 | 23.520 | 2.587.200 |
| 2 | 8..ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD EXT. | 4,00 | 23.520 | 94.080 |
| 3 | 13. ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD EYE-D | 6,00 | 29.122 | 174.732 |

Total líneas o ítems: 3

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 2.856.012 |
| DESCUENTO | 0 |
| IVA | 0 |
| TOTAL FACTURA | 2.856.012 |
| RETEFUENTE | 0 |
| TOTAL A PAGAR | 2.856.012 |

**Valor en Letras**

DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOCE PESOS M/CTE

Fecha y Hora de Generación: 19/09/2025 11:46:00

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA 24 SEP 2025

Esta factura se asimila en sus efectos a una letra de cambio ( art. 772 del C. de Cio). Pasada la fecha de vencimiento se cobrará el % mensual por mora.Información Bancaria: BANCOLOMBIA CTA AHORROS 26589871994 A NOMBRE DE CARE DOSIMETRY SAS

Impreso por software WORLD OFFICE COLOMBIA S.A.S. NIT: 900.534.356-3, El porcentaje ica es del 6,6X1000.

CUFE: 83ea8202efc58e0478039a616c584177aa77af78a36c352bd95b302242821dc1ab388241d3af65c23a038ca5dc99ba55 --Expedición: 19/09/2025 11:52 AM