| 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: | 15/12/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES | NOVIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | Asegurador a (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 | C 42768 | 9/12/2025 | | | $ 1.226. |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | $ 1.226. |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON DOSCIENTOS VEINTISEIS 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 | | | $ 50.686.800 | $ 1.163. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL CONTRATO | $ 51.850.000 | $ - | $ - | $ 50.686.800 | $ 1.163. |

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

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión 14/11/2025 y Riesgos Profesionales 14/11/2025 Planilla N° 7992015440** correspondiente al mes de octubre y noviembre en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **( octubre y noviembre )**; 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 | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | OBSERVACIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :
(22) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO.
(1)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD.
(1)CORPOLÓGICO.
(11)OPTOMETRIA.
(3)AUDIOMETRIA.
(2)PERFIL LIPIDICO.
(2)GLICEMIA.
(3)ESPIROMETRIAS.
(4)CUADRO HEMATICO.
(4)CREATININA.
(1)TSH.
(1)FROTIS DE SANGRE PERIFERICA.
(4)BUN
(1)TIROXINA TOTAL.
(1)TRIVODOTIRONINA TOTAL.
(3)ALANINO AMINOTRANFERASA-GPT.
(3)ASPARTATO AMINOTRANFERSA-GOT.
(3)FOSFATASA ALCALINA.
(3)BILLIRUBINA TOTAL Y DIFERENCIAS.
(1)RETICULOCITOS.

**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 | N° 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 42768**

**Fecha y Hora de Factura**

| | | |
|---|---|---|
| **Generación** | 2025-12-09 | 11:17:23 |
| **Expedición** | 2025-12-09 | 11:22:26 |
| **Vencimiento** | 2026-03-09 | |

| Item | Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0010001890202 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO | | 22.00 | 22,000.00 | 484,000.00 |
| 2 | 0010001890202 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD | | 1.00 | 35,000.00 | 35,000.00 |
| 3 | 0020001907002 | COPROLOGICO | | 1.00 | 8,000.00 | 8,000.00 |
| 4 | 0010002890207 | OPTOMETRIA | | 11.00 | 8,000.00 | 88,000.00 |
| 5 | 0020002954104 | AUDIOMETRIA | | 3.00 | 8,000.00 | 24,000.00 |
| 6 | 0020001903817 | PERFIL LIPIDICO | | 2.00 | 20,000.00 | 40,000.00 |
| 7 | 0020001903841 | GLICEMIA | | 2.00 | 7,000.00 | 14,000.00 |
| 8 | 0020002893700 | ESPIROMETRIAS | | 3.00 | 19,000.00 | 57,000.00 |
| 9 | 0020001902208 | CUADRO HEMATICO | | 4.00 | 20,000.00 | 80,000.00 |
| 10 | 0020001903822 | CREATININA | | 4.00 | 12,000.00 | 48,000.00 |
| 11 | 0020001904902 | TSH | | 1.00 | 27,000.00 | 27,000.00 |
| 12 | 0020001902206 | FROTIS DE SANGRE PERIFERICA | | 1.00 | 15,000.00 | 15,000.00 |
| 13 | 0020001000016 | BUN | | 4.00 | 12,000.00 | 48,000.00 |
| 14 | 0020001000376 | TIROXINA TOTAL | | 1.00 | 27,000.00 | 27,000.00 |
| 15 | 0020001000035 | TRIVODOTIRONINA TOTAL | | 1.00 | 27,000.00 | 27,000.00 |
| 16 | 0020001000069 | ALANINO AMINOTRANFERASA-GPT | | 3.00 | 13,000.00 | 39,000.00 |
| 17 | 0020002000002 | ASPARTATO AMINOTRANFERASA-GOT | | 3.00 | 13,000.00 | 39,000.00 |
| 18 | 0020001903017 | FOSFATASA ALCALINA | | 3.00 | 13,000.00 | 39,000.00 |
| 19 | 0020001903809 | BILIRRUBINA TOTAL Y DIFERENCIAS | | 3.00 | 25,000.00 | 75,000.00 |
| 20 | 0020001902222 | RETICULOCITOS | | 1.00 | 12,000.00 | 12,000.00 |

**Total Items** 20

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 1,226,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 1.226.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Credito | Personas Juridicas | Transferencia Crédito | Cuota 1 F - 003- 42768 Vence el 2026-03-09 | 1.226.000,00 |

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
15 DEC 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.** 18764098058201 **aprobado en** 2025-09-02 **hasta el** 2026-09-02, **vigencia** 1 Años, **prefijo C desde el número** 40583 **al** 50000

CUFE :7fde4962c2b45c60f548aad9b75eb83898a635f4a92e70b1465ad29a04532b8fa7f72f8d2fd5f3a55f0116e4f6f961d2



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

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 42768**

**Fecha y Hora de Factura**

| | | |
|---|---|---|
| **Generación** | 2025-12-09 | 11:17:23 |
| **Expedición** | 2025-12-09 | 11:22:26 |
| **Vencimiento** | 2026-03-09 | |

| Item | Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|

**VALOR EN LETRAS**

Un Millon Doscientos Veintiseis Mil Pesos M/Cte

**OBSERVACIONES**

PERIODO FACTURADO NOVIEMBRE

**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.** 18764098058201 **aprobado en** 2025-09-02 **hasta el** 2026-09-02, **vigencia** 1 Años, **prefijo** C **desde el número** 40583 **al** 50000

CUFE :7fde4962c2b45c60f548aad9b75eb83898a635f4a92e70b1465ad29a04532b8fa7f72f8d2fd5f3a55f0116e4f6f961d2

**ORIGINAL**