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:	17/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	NOVIEMBRE

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 4748	6/12/2025			$ 2.832.492
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 2.832.492

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS 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			$ 17.470.954	$ 19.951.046
TOTAL CONTRATO	**$ 37.422.000,00**	**$ -**	**$ -**	**$ 17.470.954**	**$ 19.951.046**

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 11/12/2025 y Riesgos Profesionales Planilla N°9494502299** correspondiente al mes de octubre-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-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	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 :
(109) ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TDL WB.
(6) ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TDL EYE.
(4) ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD EXT.

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

www.sifemcare.com
Calle 22N No. 6N-42 Ofi 402
Tel: 301-62-40, Movil: 321-775-0434
email:gerencia@caredosimetry.com
Cali-Valle
NIT 900565894

CARE DOSIMETRY S.A.S
Dosimetría Personal TLD

Factura Electrónica De Venta
FEC4748

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764099295698 que habilita desde FEC 4501 hasta FEC 5000. Vence 2027-09-29

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	
sábado, 6 de diciembre de 2025		05-ene.-26	
FORMA DE PAGO		Credito	

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

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD WB	109,00	23.520	2.563.680
2	ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD EYE	6,00	29.122	174.732
3	ANALISIS DE LABORATORIO DOSIS TECNICA TLD EXT	4,00	23.520	94.080

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
17 DEC 2025

Total líneas o ítems: 3

Valor en Letras

DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	2.832.492
DESCUENTO	0
IVA	0
TOTAL FACTURA	2.832.492
RETEFUENTE	0
TOTAL A PAGAR	2.832.492

Fecha y Hora de Generación: 06/12/2025 14:31:45

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.