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:	26/02/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**ENERO**

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 43238	24/02/2026			$ 3.845.200
VIGENCIA AÑO (2025)	153725	26/03/2025			221925	10/06/2025	C 43262	26/02/2026			$ 1.000.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 4.845.200

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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	$ 12.000.000		$ 60.189.000	$ 3.661.000
TOTAL CONTRATO	**$ 51.850.000**	**$ 12.000.000,00**	**$ -**	**$ 60.189.000**	**$ 3.661.000**

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-Hasta el 28 de Febrero del 2026	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales **EPS y Pensión 16/02/2026 y Riesgos Profesionales 16/02/2026 Planilla N° 6003283658** correspondiente al mes de enero y febrero 2026 en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(enero y febrero 2026)**; 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													

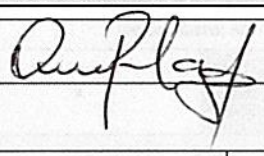
OBSERVACIONES :
(49)EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO.
(6)EXAMEN MEDICO POST INCAPACIDAD.
(49)OPTOMETRIA.
(2)AUDIOMETRIA.
(43)PERFIL LIPIDICO.
(43)GLICEMIA.
(2)ESPIROMETRIAS.
(10)CUADRO HEMATICO.
(10)CREATININA.
(8)TSH
(9)FROTIS DE SANGRE PERIFERICA.
(10)BUN.
(8)TIROXINA TOTAL.
(1)ALANINO AMINOTRANFERASA-GPT.
(1)ASPARTATO BAMINOTRANFERASA-GOT.
(1)FOSFATASA ALCALINA.
(8)RETICULOCITOS.
(1)BILIRRUBINA TOTAL Y DIFERENCIAS.
(5) ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO.

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	2

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	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Dirección	Tv. 3C #49-02	**Teléfono**	3486868
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	judicialeshmc@homil.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 43238

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-02-24	12:27:57
Expedición	2026-02-24	12:28:24
Vencimiento	2026-05-24	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		49.00	18,800.00	921,200.00
2	0010001890202	EXAMEN MEDICO POSTINCAPACIDAD		6.00	25,000.00	150,000.00
3	0010002890207	OPTOMETRIA		49.00	8,000.00	392,000.00
4	0020002954104	AUDIOMETRIA		2.00	8,000.00	16,000.00
5	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		43.00	20,000.00	860,000.00
6	0020001903841	GLICEMIA		43.00	7,000.00	301,000.00
7	0020002893700	ESPIROMETRIAS		2.00	19,000.00	38,000.00
8	0020001902208	CUADRO HEMATICO		10.00	20,000.00	200,000.00
9	0020001903822	CREATININA		10.00	12,000.00	120,000.00
10	0020001904902	TSH		8.00	27,000.00	216,000.00
11	0020001902206	FROTIS DE SANGRE PERIFERICA		9.00	15,000.00	135,000.00
12	0020001000016	BUN		10.00	12,000.00	120,000.00
13	0020001000035	TIROXINA TOTAL		8.00	27,000.00	216,000.00
14	0020001000010	ALANINO AMINOTRANFERASA-GPT		1.00	13,000.00	13,000.00
15	0020001000010	ASPARTATO AMINOTRANFERASA-GOT		1.00	13,000.00	13,000.00
16	0020001903017	FOSFATASA ALCALINA		1.00	13,000.00	13,000.00
17	0020001903810	BILIRRUBINA TOTAL Y DIFERENCIAS		1.00	25,000.00	25,000.00
18	0020001902222	RETICULOCITOS		8.00	12,000.00	96,000.00

Total Items 18

Total Bruto	3,845,200.00
Total a Pagar	**$ 3.845.200,00**

FORMA DE PAGO		MEDIO DE PAGO		
Credito	Personas Juridicas	Transferencia Crédito	Cuota 1 F - 003- 43238 Vence el 2026-05-24	3.845.200,00

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
26 FEB 2026

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 :3be298e3e314b52e8c32b9552fbd5146c9b5431a2e646d6a585bdbd5223446af8bd0c47ba540a7b95f907ab47da1f50f

ORIGINAL

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	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Dirección	Tv. 3C #49-02	**Teléfono**	3486868
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	judicialeshmc@homil.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 43238

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-02-24	12:27:57
Expedición	2026-02-24	12:28:24
Vencimiento	2026-05-24	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Ochocientos Cuarenta Y Cinco Mil Doscientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PERIODO FACTURADO ENERO

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 :3be298e3e314b52e8c32b9552fbd5146c9b5431a2e646d6a585bdbd5223446af8bd0c47ba540a7b95f907ab47da1f50f

ORIGINAL

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

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 43262

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-02-26	08:56:04
Expedición	2026-02-26	08:59:27
Vencimiento	2026-05-26	

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

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010003000013	ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO		5.00	200,000.00	1,000,000.00

Total Items 1

Total Bruto	1,000,000.00
Total a Pagar	**$ 1.000.000,00**

FORMA DE PAGO		MEDIO DE PAGO		
Credito	Personas Juridicas	Transferencia Crédito	Cuota 1 F - 003- 43262 Vence el 2026-05-26	1.000.000,00

VALOR EN LETRAS

Un Millon De Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
26 FEB 2026

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 :0e8dba045213b85a202f2c121c8c4f5b1dc9b4980967fbdc13d4c2c9ae5c5899e3494c25080db25576da33ad41ba4e4c

ORIGINAL