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:	16/03/2026	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE**	**FEBRERO**

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				

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	**Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.**	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**	**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
VIGENCIA AÑO (2025)	153725	26/03/2025			221925	10/06/2025	C 43327	13/03/2026			$ 985.400
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 985.400

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS 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		$ 61.174.400	$ 2.675.600
TOTAL CONTRATO	**$ 51.850.000**	**$ 12.000.000,00**	**$ -**	**$ 61.174.400**	**$ 2.675.600**

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-Hasta el 31 de Marzo del 2026	
	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 :
(15) EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL.
(3)EXAMEN MÉDICO OCUAPACIONAL POSTINCAPACIDAD.
(8) EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL RETIRO.
(2)PAQUETE DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.
(14)OPTOMETRIA.
(6)AUDIOMETRIA.
(10)PERFIL LÍPIDICO.
(10)GLICEMIA.

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

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 43327

Fecha y Hora de Factura

Generación	2026-03-13	11:54:06
Expedición	2026-03-13	11:54:28
Vencimiento	2026-06-13	

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	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		15.00	18,800.00	282,000.00
2	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD		3.00	25,000.00	75,000.00
3	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL RETIRO		8.00	18,800.00	150,400.00
4	0020001999406	PAQUETE MANIPULACION DE ALIMENTOS		2.00	24,000.00	48,000.00
5	0010002890207	OPTOMETRIA		14.00	8,000.00	112,000.00
6	0020002954104	AUDIOMETRIA		6.00	8,000.00	48,000.00
7	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		10.00	20,000.00	200,000.00
8	0020001903841	GLICEMIA		10.00	7,000.00	70,000.00

Total Items 8

Total Bruto 985,400.00

Total a Pagar **$ 985.400,00**

FORMA DE PAGO		MEDIO DE PAGO		
Credito	Personas Juridicas	Transferencia Crédito	Cuota 1 F - 003- 43327 Vence el 2026-06-13	985.400,00

VALOR EN LETRAS

Novecientos Ochenta Y Cinco Mil Cuatrocientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PERIODO FACTURADO FEBRERO

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
16 MAR 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 :33b129a304d89e33435a1756f896b23cfb70a6a86908d53483c4428ada470f4b68df314a3b4cf80bb8efe23c4b362953

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