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:	12/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES	MARZO

No. de Contrato:	099 - 2025	VALOR	51.850.000
Nº 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	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO SA	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	10/6/2025

	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	26/3/2025			221925	10/6/2025	C 43649	11/5/2026			$ 5.012.650
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 5.012.650

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CINCO MILLONES DOCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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	$ 144.950	$ 63.705.050	$ -
TOTAL CONTRATO	$ 51.850.000	$ 12.000.000,00	$ 144.950,00	$ 63.705.050	$ -

Nombre del Supervisor: Diana Marcela Rodríguez González

Fecha de notificación: 10/06/2025

Plazo de ejecución: 6 meses	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	10/6/2025	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 17/04/2026 y Riesgos Profesionales 174/04/2026 Planilla N°6013151660** correspondiente al mes de marzo y abril. en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(marzo y abril)**; 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/ existen	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 :
El Contrato finalizó el día 31 de Marzo habiendose recibido la totalidad de los servicios a entera satisfacción con anterioridad a la fecha de vencimiento.
(51)EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO.
(7)EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL POSTINCAPACIDAD.
(8) EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL RETIRO.
(2)PAQUETE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.
(43) OPTOMETRIA.
(18)AUDIOMETRIA.
(14) PERFIL LIPIDICO.
(14)GLICEMIA.
(18)ESPIROMETRIAS.
(20) CUADRO HEMATICO.
(20)CREATININA.
(3)TSH.
(2)FROTIS DE SANGRE PERIFERICA.
(20) BUN.
(4) TIROXINA TOTAL.
(49TRIVODOTIRONINA TOTAL.
(18) ALANINO AMINOTRANFERASA-GPT.
(18) ASPARTATO AMINOTRANSFERASA-GOT.
(18) FOSFATASA ALCALINA.
(18) BILIRRUBINA DIRECTA Y DIFERENCIAS.
(1)PARCIAL DE ORINA.
(1)RETICULOCITOS.
(2)PSICOLÓGICO.

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