HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	4/07/2025	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	JUNIO
No. de Contrato:	079-2025			**VALOR**	$ 7.800.000.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-010-2025-HOMIL						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGIA Y CLINICA DE DOLOR PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	ASOCIACION ASA			**NIT/ CC**	900.477.822-1		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			**Modalidad de Contratación**	Selección abreviada menor cuantía		
Cuenta Bancaria No.	24028366627	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de Cuenta:**	Ahorros x	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101254600	**Aseguradora (Si aplica):**	SEGUROS DEL ESTADO	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	8/05/2025		

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	141125	6/05/2025	141	6/05/2025	194925	6/05/2025	AA-135	4/07/2025	Horas Junio 1 al 30 de 2025		$ 428.345.513,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											428.345.513,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TRECE PESOS 00/100 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	7.800.000.000			$ 805.449.332,00	$ 6.994.550.668,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.800.000.000,00	$ -	$ -	$ 805.449.332,00	$ 6.994.550.668,00

Nombre del Supervisor LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO		**Fecha de notificación:** 5/05/2025
Plazo de ejecución 7	**FECHA DE INICIO** 7/05/2025	**FECHA DE TERMINACION** 30/11/2025
Vigencia del Contrato: 2025		
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/06 y riesgos profesionales 2025/06– correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Mayo); 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 / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

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 EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

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.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		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:	LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO
NÚMERO DE CEDULA:	45762428
CELULAR :	**CORREO:**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	

JORNADAS DEL 1 AL 30 JUNIO 2025

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1								10	10	60			60
2								8	8	48			48
3	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96			96
4	5	2	2	0	2	3	2	4	20	120	6	3	129
5	5	2	1	5	2	2	0	4	21	126		2	128
6	4	2	0	3	2	2	0	4	17	102			102
7								8	8	48			48
8								10	10	60			60
9	2	2	0	3	2	2	0	4	15	90	6		96
10	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96		3	99
11	5	2	2	1	2	3	2	4	21	126	2	2	130
12	7	2	2	6	2	2	0	4	25	150		3	153
13	4	0	0	2	2	2	0	4	14	84		1	85
14								8	8	48			48
15								10	10	60			60
16	5	2	2	3	2	2	0	4	20	120			120
17	4	2	1	0	2	2	0	4	15	90		1	91
18	5	2	2	1	2	3	2	4	21	126	6	3	135
19	5	2	1	6	2	2	2	4	24	144		8	152
20	5	2	0	2	2	2	0	4	17	102	6	6	114
21								10	10	60			60
22								10	10	60			60
23								10	10	60			60
24	4	2	0	2	2	1	0	4	15	90		4	94
25	6	2	1	1	2	3	2	4	21	126		4	130
26	4	2	2	6	2	2	0	4	22	132		4	136
27	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96		5	101
28								10	10	60			60
29								10	10	60			60
30								10	10	60			60
31													0
									0	0			0
									450	2700	26	49	2775
DISPONIBILIDADES CARDIO ($111,395)													114
HORAS DOLOR ($143.222)													624
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($111.395)													154
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3667

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DRA ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante legal

ASOCIACION DE ANESTESIA Y DOLOR ASA

Correo: asociacion-asa@hotmail.com

NIT 900477822-1
Régimen Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Resolución DIAN N° 18764090718571
Fecha 19/03/2025 - 19/03/2026
Autorización de Facturación Electrónica del AA125 al AA1000 POR SER ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO, SOMOS EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
Email: asociacion-asa@hotmail.com
Teléfono: 6019143919
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	04	07	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA135

Razón Social: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección: TV 3 49 02
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Vencimiento: Julio 19 del 2025
Fecha de pago: 19/07/2025
Total de Lineas: 5

NIT: 830040256-0
Departamento: Bogotá
Método de Pago: Crédito
Hora emisión: 13:05:11-05:00

Fecha de firmado: 04/07/2025 13:05:16
Teléfono: 3486868
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Moneda: COP Colombia, Pesos

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.749,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$111.395,00	$306.224.855,00
2	0002	154,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$111.395,00	$17.154.830,00
3	0002	624,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$143.222,00	$89.370.528,00
4	014	114,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$111.395,00	$12.699.030,00
5	0003	26,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$111.395,00	$2.896.270,00

Notas:
#$15-19-00;079-2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$

SON: (cuatrocientos veintiocho millones trescientos cuarenta y cinco mil quinientos trece pesos)
CUFE: de6a017fe5e5aecf017a9595b158a0d35dc3bea8d52b97f61c5a43d31f2424fe84c6eacd8100c32ee0c3bbcd61a0927e

Subtotal:	$428.345.513,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$428.345.513,00
RetelCA:	$4.137.817,66
Neto Factura:	$424.207.695,34

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$428.345.513,00	0.966%	$4.137.817,66

Firma Digital: qFxCa5mANvsQBq2ikAkHme5yIkHRPmOzr+NzDVFt1NVe87NBe/45GZKqkCxQ+hZ5 QMUM8beOgbt/KlOuAVuEyGYUVwdoo559ocVPm3YskHBtqBb3zP BzToR36lWmsRGs I1ZRbwVoF6ZHr232W3EC1D/cPpJGRG3ctiBNZYy8DXOinYoBWp85p+Ky5KyGfd66 j0ZpojaxuYtotTFrUKPzZ/V1THdzx7w6p7x ZE/L0NrgHraGQW/Wy4gYudyjSJKYN w9eoqII+aGk38w1n3BJlQgD/tePzDWbFhgD0TDPHmK3yLzmyYONDfzv44HyotDgM 0eDUeFrH61nXLrNjaDvy ug==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/06/2025 hasta: 30/06/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0 PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8 facturatech

Bogotá D.C, 04 de Julio de 2025

Señores
Hospital Militar Central
Ciudad

Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.
Contrato: Nº 079-2025

Cordial Saludo,

Yo, Adriana Vargas Diaz identificada con cedula de ciudadanía N° 63.348.289 de Bucaramanga, actuando como Representante Legal de la Asociación de Anestesia y Dolor ASA identificada con NIT. 900.477.822 - 1, me permito certificar que se ha realizado el debido pago de Seguridad Social y Parafiscales de los últimos 6 meses, de cada uno de los empleados que ejecutan el contrato Nº 079-2025

Se da esta certificación al 04 de Julio 2025

Atentamente.

ADRIANA VARGAS DIAZ
CC N° 63.348.289
Representante Legal

Dirección: CL 18 77 51 OF 416
Tels: 7 046446 / 3133744147
E-mail: asociacion-asa@hotmail.com