| 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: | 5/08/2025 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | JULIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Contrato: | 079-2025 | | | VALOR | $ 7.800.000.000,00 | | |
| Nº 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-137 | 5/08/2025 | Horas Julio 1 al 31 de 2025 | | $ 505.971.899,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 505.971.899,00 |
| VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: | QUINIENTOS CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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 | | | $ 1.898.319.057,00 | $ 5.901.680.943,00 |
| | | | | | |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| TOTAL CONTRATO | $ 7.800.000.000,00 | $ - | $ - | $ 1.898.319.057,00 | $ 5.901.680.943,00 |

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

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/05 y riesgos profesionales 2025/05– correspondiente al mes de JULIO
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.

| INFORMACION 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: Lmunoz@homil.gov.co |

**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 | |

# 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: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.**

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Bogotá | 05 | 08 | 2025 |

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**N° AA137**

**Razón Social:** HOSPITAL MILITAR CENTRAL
**Dirección:** TV 3 49 02
**Email:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
**Vencimiento:** Agosto 20 del 2025
**Fecha de pago:** 20/08/2025
**Total de Lineas:** 5

**NIT:** 830040256-0
**Departamento:** Bogotá
**Método de Pago:** Crédito
**Hora emisión:** 09:54:48-05:00

**Fecha de firmado:** 05/08/2025 09:54:53
**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 | 3.304,00 | PROCESO DE ANESTESIOLOGIA | HUR | | | | $111.395,00 | $368.049.080,00 |
| 2 | 0002 | 169,00 | PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR | HUR | | | | $111.395,00 | $18.825.755,00 |
| 3 | 0002 | 732,00 | PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR | HUR | | | | $143.222,00 | $104.838.504,00 |
| 4 | 014 | 105,00 | PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD | HUR | | | | $111.395,00 | $11.696.475,00 |
| 5 | 0003 | 23,00 | PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO | HUR | | | | $111.395,00 | $2.562.085,00 |

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

**SON:** (quinientos cinco millones novecientos setenta y un mil ochocientos noventa y nueve pesos )
**CUFE:** cddeabfae9f326320685eca65c6f25fddcd7075be7045a59d2021f40f2416b97fbb3f79625f5a5f33de609e98f5bb358

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $505.971.899,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $505.971.899,00 |
| **RetelCA:** | $4.887.688,54 |
| **Neto Factura:** | $501.084.210,46 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 07 RetelCA | $505.971.899,00 | 0.966% | $4.887.688,54 |

**Firma Digital:** A8TPKIXguwSOFen7fGhOfHqb/UaoDpDzSSfBRfBdjz5lpq7jvoKDISfUAI3psCAC 5QCAGB5eyzlZe7SrQoicryXp5rO+3s2OzylJgyB2MLDT2UlXID razVUktUCSlONk XlCHoy2dE/foe59U4BCcTunLkJUgr2e/nCNuaVgMlz6Gl/uf6/Apv7GegNhDb4RE 2zq+l080w6Y++97UxljQLtlSwFEWk0QhBJG s/frtioARxXBQvROTJoQRS8GTW4Mn QrQ2ndTt7VXznff1nqVR1SlUlozXP/iwnbx0AiKdT1HwLiayuaw0nNHmg4Gk+lGO 9umtb9N3kzeAnfrUSqG7 TQ==

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: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.**

**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

JORNADAS DEL 1 AL 31 JULIO 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 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 4 | 18 | 108 | | | 108 |
| 2 | 7 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 | 21 | 126 | | 1 | 127 |
| 3 | 5 | 2 | 2 | 6 | 2 | 3 | 2 | 4 | 26 | 156 | | 3 | 159 |
| 4 | 4 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 0 | 4 | 17 | 102 | 3 | | 105 |
| 5 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | 3 | 63 |
| 6 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| 7 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 0 | 4 | 20 | 120 | | | 120 |
| 8 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 | 4 | 0 | 4 | 19 | 114 | 6 | 4 | 124 |
| 9 | 6 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 24 | 144 | 2 | 2 | 148 |
| 10 | 5 | 2 | 2 | 7 | 2 | 3 | 0 | 4 | 25 | 150 | | 6 | 156 |
| 11 | 6 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 18 | 108 | | 2 | 110 |
| 12 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | 1 | 61 |
| 13 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| 14 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 4 | 21 | 126 | | 1 | 127 |
| 15 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 4 | 17 | 102 | 3 | | 105 |
| 16 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 22 | 132 | | 3 | 135 |
| 17 | 5 | 2 | 2 | 7 | 2 | 2 | 0 | 4 | 24 | 144 | | 2 | 146 |
| 18 | 4 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 4 | 15 | 90 | | | 90 |
| 19 | | | | | | | | 8 | 8 | 48 | | | 48 |
| 20 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| 21 | 4 | 1 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 4 | 17 | 102 | | | 102 |
| 22 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 4 | 16 | 96 | | | 96 |
| 23 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 20 | 120 | 3 | 2 | 125 |
| 24 | 7 | 2 | 2 | 6 | 2 | 3 | 0 | 4 | 26 | 156 | | 1 | 157 |
| 25 | 5 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 17 | 102 | 6 | | 108 |
| 26 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| 27 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| 28 | 4 | 2 | 0 | 4 | 2 | 3 | 0 | 4 | 19 | 114 | | 3 | 117 |
| 29 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 0 | 4 | 18 | 108 | | 6 | 114 |
| 30 | 7 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 23 | 138 | | | 138 |
| 31 | 4 | 2 | 2 | 6 | 2 | 3 | 0 | 4 | 23 | 138 | | | 138 |
| | | | | | | | | | 0 | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | 544 | 3264 | 23 | 40 | 3327 |
| DISPONIBILIDADES CARDIO ($111,395) | | | | | | | | | | | | | 105 |
| HORAS DOLOR ($143.222) | | | | | | | | | | | | | 732 |
| HORAS DOLOR -ANESTESIA ($111.395) | | | | | | | | | | | | | 169 |
| GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | 4333 |

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DRA ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante legal

Bogotá D.C, 05 de Agosto 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 05 de Agosto 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