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:	6/08/2025	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-138	6/08/2025	Productividad Junio 1 al 30 de 2025		$ 640.206.514,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											640.206.514,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS CATORCE 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			$ 2.538.525.571,00	$ 5.261.474.429,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.800.000.000,00	$ -	$ -	$ 2.538.525.571,00	$ 5.261.474.429,00

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 2025/06 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 (Junio); 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	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
	X	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00169-202521379-HMC Id: 423873
Folios: 1 Fecha: 05-08-2025 17:15:37
Anexos: 2 DIGITAL
Remitente: FACTURACION
Destinatario: CLINICA MEDICA (MEDICINA INTERNA Y SUPRAESPECIALIDADES)

Bogotá, D.C.,

Doctora
SMSM. Lilian Consuelo Muñoz Marrugo
Supervisor de Contrato No. 079-2025
Unidad Medico Hospitalaria

Asunto: Oficio de revisión informe de producción del periodo junio de 2025, ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA Nit. 900477822, Contrato No 079-2025, servicios de Anestesiología.

De manera atenta nos permitimos informar a la Doctora Lilian, que se realizó la auditoría del Informe de Producción entregado por el Contratista ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA, respecto a la facturación del Hospital Militar Central, correspondiente al periodo junio de 2025. Durante la auditoría, cuarenta (40) ítem presentaron observaciones según acta de conciliación del día 05 de agosto de 2025 (se adjunta copia d acta e informe de Producción en Excel con novedades).

Se verificó que los demás servicios relacionados fueron facturados en el sistema Dinámica Gerencial o que en su defecto el contratista entregó el soporte respectivo a la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación. El total de la producción presentada inicialmente por la ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA, corresponde a $875.521.669.oo. Una vez realizada la auditoría se presentó una objeción inicial por valor de $20.569.425.oo.

Posteriormente, en la conciliación de glosa entre las partes ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA aceptó una glosa definitiva por valor de $20.569.425.oo. En consecuencia el total de la producción del mes arroja un valor de $854.952.244.oo. Finalmente y en concordancia con el Contrato N°472-2023 de la ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA y aplicada la glosa definitiva aceptada por la sociedad lo cual indica que sobre la producción general le corresponde una participación total de $640.206.514.oo.

Solo resta que dicho monto sea revisado y verificado por parte de los Supervisores competentes, así como los porcentajes y montos de participación que le corresponden al Contratista por cada Servicio, de acuerdo a las condiciones pactadas en el Contrato.
De presentarse glosa por parte de la Auditoría de Cuentas Médicas de la Dirección General de Sanidad Militar les será reportada para trámite pertinente.

Atentamente,

Doctora. Marta Edy Ariza Mateus
Jefe de Unidad Seguridad y Defensa
Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación

Elaboró: Diana Maria Ramirez S.
Analista de Cuentas Medicas UCHF

Revisó: Fabian Alexis Rojas Vargas
Auditor Financiero UCHF

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	06	08	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA138

Razón Social: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección: TV 3 49 02
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Vencimiento: Agosto 21 del 2025
Fecha de pago: 21/08/2025
Total de Lineas: 1

NIT: 830040256-0
Departamento: Bogotá
Método de Pago: Crédito
Hora emisión: 15:22:58-05:00

Fecha de firmado: 06/08/2025 15:23:01
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	0005	1,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA PRODUCTIVIDAD PRODUCTIVIDAD JUNIO 1 -30 JUNIO	WSD				$640.206.514,00	$640.206.514,00

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

SON: (seiscientos cuarenta millones doscientos seis mil quinientos catorce pesos)
CUFE: ea0400074bde4e8e85b93508031a6dc341def4d6e0c742e9e21d481201c85b780eb99b2cfa65ae46be839f5d4dc1fc67

Subtotal:	$640.206.514,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$640.206.514,00
RetelCA:	$6.184.394,93
Neto Factura:	$634.022.119,07

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$640.206.514,00	0.966%	$6.184.394,93

Firma Digital: IS44kxh3tjv2dMXFPSoRL+NiypyLT73C4xJyxayeQltm76KoT1zjsdzozXeFH/GA 9gn8O9PtyuwO/AovFfcb8oqFr/yDLa+A2IJxkP5NMYj3RH+qhZ dotZizFmOm7ABi vy/w+8nwpo7imskiSciAxdVnJ4qoW5EZ8BBmiJn5IIZnbkJ72PzOVPy8xN9l0BMd mJGtwqXwZTbooc30WKlrDUdk22U0dGjr3o6 /TnzJGFTmjBjw+6ME+kx/UfeGhF3Z wlujcAZEFVrPZmWkxZdJYO+MhzWIUOLEjQO9VoTB5zruD+BAay1Xcu6UptsEJ7QI ShtK0abhSK9xtwqJRiS Fg==

Esta factura es un titulo 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, 06 Agosto 2025

Señores
Hospital Militar Central
Ciudad

Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.
Contrato: Nº 472-2023

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 472-2023

Se da esta certificación al 06 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