

HOSPITAL+A1:022L 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	PAGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		

Fecha:	septiembre 16 2025	INFORME DE SUPERVISOR	septiembre	TRAMITE PARA PAGO	septiembre	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION SEPTIEMBRE 16 2025				
No. de Contrato:	026-2025	VALOR		20.000.000							
No. de Proceso en el SECOPII /Tienda	SMC 015-2025										
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA LOS SETS DE INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO MARCA AESCULAP DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA PLASTICA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL										
Nombre de Contratista	B.BRAUN		NTI/CC		860.026.442-5						
Clase de Contrato	MANTENIMIENTO		Modalidad de Contratación		SELECCIÓN MINIMA CUANTIA						
Cuenta Bancaria No.	0833006299	Banco:	BBVA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente	X				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	N8-100332982	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS MUNDIAL	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	19-jul-24						
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	VALOR MAS IVA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	1673	25/03/2025	136725	6/02/2025	166525	25/03/2025	58417843	16/09/2025	NA	4.954.028	
VALOR AUTORIZADO PAGO	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL VENTIOCHO PESOS										4.954.028
SALDO DEL CONTRATO											0,00

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (Ej:2025)	20.000.000			20.000.000	0
TOTAL CONTRATO	\$ 20.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 20.000.000,00	0

Nombre del Supervisor	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	Fecha de notificación:	28-03-2025											
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 27/03/2025													
Vigencia del Contrato:	FECHA DE TERMINACIÓN 31/12/2025													
Prorrogas:	9 MESES 3 DIAS													
En tiempo	1-													
	2-													
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N° correspondiente al mes en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de); 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 detallada el cuadro relacionado a continuación:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencia)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL MAS IVA	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						
ESTERNOTOMO	SN002204	V170537		1	1						22-sep	28-jul	ok en servicio	
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	Enti	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	35418457
NÚMERO DE CÉDULA:		CORREO: marcas1900@hotmail.com
CELULAR :	3125868271	

Martha Ligia Castaño Arroyo
C.C. 35418457
INSTRUMENTADORA QUIROPRÁCTICA



Señores:
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT : 830040256-0 Tv 3 49 02 Bogotá Colombia

Destino de mercancía
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Tv 3 49 02 Bogotá CO

Fecha Factura	Hora Factura	Fecha Firma	Hora Firma
16.09.2025	00:39:22	16.09.2025	14:39:18
Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha Vencimiento	Cliente
Crédito	31-Transferencia Débito	15.12.2025	20186860

No Somos Grandes Contribuyentes - Gran contribuyente para la Secretaría de Hacienda de Bogotá Resolución Número DDI-023769 (Noviembre 29 de 2021). Autorretenedores de Industria y Comercio - Alcaldía de Medellín Resolución Número 2020050056223 DE (Septiembre 24 de 2020). Autorretenedores de Industria y Comercio - Municipio de Neiva Acuerdo número 028 (Diciembre 13 de 2018)

CONTRIBUYENTES DE INDUSTRIA Y COMERCIO, CODIGOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA 4659 Y 3312 TARIFAS 11.04 X MIL Y 9.66 X MIL RESPECTIVAMENTE

Abstenerse de practicar retención en la fuente - Autoreteneedores a título de renta Resolución 4416 del 22 de Junio de 2021 aplicable a partir del 11 de Agosto de 2021.

Item	Código	Denominación del producto	Cantidad	Unidad	Valor unitario	IVA	Valor Total sin IVA
1	TA013103	SPARE PART KIT FOR GA674	1	UN	4.163.049	19%	4.163.049

Su documento Contrato 026-2025 de 16.09.2025

Reg. Sanitario No: INVIMA 2018DM-0017953 Expediente: 20144345
Partida Arancelaria: 90.18.90.90.90 Información Adicional: 30.01.20.90.00

G E C O
VISADO FACTURA

FECHA ENTREGA
22 SEP 2025

Número de líneas: 1

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL VEINTIOCHO PESOS COLOMBIANOS

Cualquier reclamación enviar a facturacionelectronica.co@bbraun.com

Sub-Total 4.163.049
IVA 19% 790979
Total: 4.954.028
Total a Pagar: 4.954.028

Pague por transferencia bancaria a la cuenta corriente Banco BBVA 833006299, enviar comprobante de pago informando la cancelación de facturas a cartera.co@bbbraun.com.
El pago no oportuno genera interés de mora mensual según resolución superbankaria.

CUFE: d67ad9d585257a0011b7d298bb0763113ec8b09444c7187fc29451767184a1d1d7ac8d979d53242a71c4c36e5a13

Software security code:

7511437353166216751307eeeb802b28e64b9a787f9455e8c8bf03564eccc3badd507bba62745bdc43e5518a0c7ef

EDICOM S.A.S. - NIT: 900680995-4 - Nombre del Software: Edilin ASP

B. Braun Medical S.A

NIT: 860.026.442-5
Carrera 19 No. 100-45 Piso 6
PBX: (601) 7470329

Línea Nacional de Servicio al Cliente
01 8000 116655 - 747 0329
E-mail: info.colombia@bbraun.com
Colombia

Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio (ART. 774. del C de C)
NUMERACIÓN AUTORIZADA PARA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA ACOGIÉNDOSE ART 817 Y
618 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, RESOLUCIÓN 55 DE 2016 Y RESOLUCIÓN 10 DE 2018.
NUMERO AUTORIZADO POR LA DIAN FORMULARIO No. 1876403009900
DESDE 2025/03/22 HASTA 2027/03/22 INTERVALO 58405004 # 58435004.



Informe del Revisor Fiscal

A la Administración de B. Braun Medical S. A.

12 de septiembre de 2025

En mi calidad de Revisor Fiscal de B. Braun Medical S. A., identificada con NIT. 860.026.442-5, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el mes de agosto de 2025. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en la reglamentación colombiana, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tal obligación.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Compañía para el mes de agosto de 2025.
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior, con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Compañía.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que, durante el mes de agosto de 2025, la Compañía efectuó el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

PwC Contadores y Auditores S.A.S., Calle 100 No. 11A-35, Bogotá, Colombia Tel: (57-601) 743 1111,
www.pwc.com/co

© 2025 PricewaterhouseCoopers. PwC se refiere a las firmas colombianas que hacen parte de la red global de PricewaterhouseCoopers International Limited, cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente. Todos los derechos reservados.



BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **B BRAUN MEDICAL SA**, identificado(a) con NIT número **860.026.442-5** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA CUENTA CORRIENTE No. 0833006299** aperturada el **3 de marzo del 2015**, cuenta **ACTIVA** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el **6 de mayo del 2025**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0833006299**

Cuenta de 16 dígitos: **0833000100006299**

Cuenta de 20 dígitos: **00130833000100006299**

Firma autorizada
BBVA Colombia

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

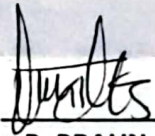
VIGILADO

ACTA DE ENTREGA REPUESTO KIT PREVENTIVO TA013103

CLIENTE: HOSPITAL MILITAR
DESTINO: HOSPITAL MILITAR
EQUIPOS: GA674
MODELO y/o TIPO: AESCULAP
No. SERIES: 5609
FECHA: 2023-09-10

Se deja constancia de la entrega de los repuestos usados de referencia TA013103 Kit de mantenimiento preventivo para sierra GA674; retirados durante el proceso de mantenimiento realizado por el equipo técnico de Aesculap.

EL CLIENTE



B. BRAUN MEDICAL S.A.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INGRESO DE EQUIPOS DIFERENTES A ADQUISICION	CÓDIGO: GA-ALBA-PR-07-FI-02
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS (AREA ALMACENES Y BIENES ACTIVOS - ACTIVOS FIJOS)	FECHA DE EMISION: 06-03-2023
	PROCESO: GESTION ADQUISICIONES	VERSION: 05
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 2

ÁREA O SERVICIO: CENTRAL ESTERILIZACION INGRESO SEPTIEMBRE 22 2025

1. CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

ITEM	NOMBRE DEL EQUIPO	No SERIE	MARCA CANTIDAD	PLACA
1	UN ESTERNOTOMO CON TAPA	GA674 SN002204	1 AESCULAP	V170537

2. INGRESO/SALIDA DEL EQUIPO	
CONTROL DE INGRESO	CONTROL DE SALIDA
FECHA: SEPTIEMBRE 22 2025	FECHA
HORA: 11: 00	

3. CONCEPTO DEL INGRESO DEL EQUIPO: APOYO TECNOLÓGICO CONTRATO 026-2025

Razón Social de la Empresa que Entrega el Elemento		TELÉFONO	DIRECCIÓN
ASP		3106891390	CALLE 77 26-15
NIT	901.239.290-5	NOMBRE COMPLETO DEL PROVEEDOR	
CONTRATO	026-2025	B.BRAUN	
FECHA	SEPTIEMBRE 8 2023	FIRMA	

6. FIRMAS PARA AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE BIENES					
RESPONSABLE DE APROBAR EL INGRESO DE INGENIERIA Y/O MANTENIMIENTO	SUPERVISOR DE CONTRATO	RESPONSABLE AREA DE SEGURIDAD	RESPONSABLE DE ACTIVOS FIJOS		
NOMBRE COMPLETO: <i>Marta Lgia Castaño</i>	NOMBRE COMPLETO: <i>MARTHA LIGIA CASTAÑO</i>	NOMBRE COMPLETO: <i>M.H. GARCIA</i>	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: <i>LUIS ESTUPINAN</i>	
FIRMA: <i>[Firma]</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>	FIRMA	FIRMA	

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO
22-09-2025
08:48H

ANEXOS 2024 05-2025-104