


HOSPITAL #A1-042 MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECD-MN-01-PT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 10-09-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	PÁGINA 1 DE 2
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		

Fecha:	2 oct 25	INFORME DE SUPERVISOR	OCTUBRE	TRAMITE PARA PAGO	OCTUBRE	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	SUPERVISION MES OCTUBRE 2025
--------	----------	-----------------------	---------	-------------------	---------	--	------------------------------

No. de Contrato:	093-2025	VALOR:	20.000.000
SECOPI II/Tienda:	MC 093-2025		

Objeto:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUE SEAN NECESARIOS INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS ACCESORIOS Y COMPONENTES Y PARTE ORIGINALES NUEVAS PARA LOS MOTORES LINVACTE QUE PERTENECEN AL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
---------	---

Nombre de Contratista:	BIOART	NIT/CC:	865026666
Clase de Contrato:	MANTENIMIENTO Y SUMINISTRO	Modalidad de Contratación:	SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA

Cuenta Bancaria No.:	566141834	Banco:	BOGOTA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
----------------------	-----------	--------	--------	-----------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):
------------------------------------	--------------------------	---

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL											
VIGENCIA	Características de Disponibilidad Presupuestal (COD) 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)	159325	9/04/2025	2101	27/05/2025	208725	27/05/2025	FB143453	2/10/2025	NA	5.700.437	5.700.437,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	5.700.437,00

SALDO	18.599.126
-------	------------

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO (EJ: 2024)	30.000.000			11.400.874	18.599.126
TOTAL CONTRATO	\$ 30.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ 11.400.874,00	\$ 18.599.126,00

Nombre del Supervisor:	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	Fecha de notificación:	JUNIO 4 2025
Plazo de ejecución:	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	4/06/2025	30/11/2025	
Vigencia del Contrato:	5 MESES 24 DIAS		
Prorrogas:	En Tiempo	\$-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión y riesgos profesionales Planilla N°- 80088334 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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 presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual se parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A

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 reacionado a continuación:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	AREA/ALMACEN DE INGRESO	PLACA DEL EQUIPO	FECHA DE ENTRADA AL	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ENTRADA (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 al 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
MOTOR QUIRURGICO		V175439	CENTRAL	1	oct-25	8/10/2015	23/09/2025	OK

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes o 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 anexas el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	INFORMACION GENERAL		Ente	PENSIÓN Valor	RIESGOS PROFESIONALES	
			SALUD				Entidad	Valor
FORMATO			INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO				CODIGO: VERSIÓN 10	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARTHA LIGIA CASTAÑO ARROYO	35418469
NÚMERO DE CÉDULA:		
CELULAR:	3125664371	CORREO: marcas1906@hotmail.com

[Handwritten signature]

Diana Peña
10-10-20

BIOART S.A.
 NIT: 805.026.866-8
 Email: FACTURACION ELECTRONICA@BIOART.COM.CO
 Tel: 4863898

Cra 106 # 15- 45
 Ciudad Jardín
 87(2) 486 5459 332
 04 40

Calle 17A # 32- 27
 Barrio PALOQUEMAO
 87(1) 744 8454

Carrera 51 # 9a sur- 85
 Local 103
 Multicentro Quelyahú
 (4) 255 8390 - 478 5987
 ext. 80302
 311 377 0475

Calle 53 # 22- 42
 Barrio Nuevo
 Sotomayor
 (7) 697 1485 - 697
 1486



IVA REGIMEN COMUN. RESPONSABLE DE IVA.
 Gran Contrib. - Dirección Distrital de Impuestos de Bogotá-
 Res. DIB DCI-023788
 Autorretenedor Renta - Res. 8788 del 30/05/2025

CLIENTE	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
CODIGO	1000016578
NIT	830040256
TELEFONO	3486868 3486868
DIRECCION	TV 3 C 49 02
CIUDAD	BOGOTÁ, D.C.
EMAIL	Sitio: facturacionelectronica@minhacienda.gov.co, materialosteosintesis@homil.gov.co, facturacionesit@homil.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FB143453			
FECHA EMISION	02/10/2025 10:40:00	ORDEN DE COMPRA	
FECHA VENCIMIENTO	31/12/2025	No. PEDIDO	
CONDICION DE VENTA:	Pago a 090 días	No. INTERNO	

CODIGO	CUM	DESCRIPCION	LOTE	FECHA EXPIRACION	UNID.	U/M	VALOR		DCTO %	IMPUESTO VENTAS		VALOR TOTAL
							UNITARIO	TOTAL		%	VALOR	
181213	ZDIE_181213	1. MITO PREVENTIVO MOTOR QUIRURGICO GRANDE			1.000	unidad	4.790.283 00	4.790.283 00		IVA 19 00	910.154 00	4.790.283 00

TOTAL UNIDADES	TOTAL ITEMS	AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN No 18764076118456 Vig. 20240730 a 20260730 Prof. FB NUMERADAS DEL 000130001 AL 000146000 AUTORIZA.	TOTAL IMPORTE DESCUENTOS TOTAL BASE GRAVABLE IVA 19,00%	4.790.283 00 0 4.790.283 00 910.154 00
ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA A UN TITULO VALOR PARA EFECTOS LEGALES SEGUN EL CODIGO DE CCIO ACEPTO(AMOS) LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN ESTA FACTURA			TOTAL NETO A PAGAR COP	
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria Forma de pago: Crédito			5.700.437.98	
VALOR LETRAS: CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS				

OBSERVACIONES: #S15-19-00; Contrato 093/2025, facturacionesit@homil.gov.co/S.
 Paciente: -

CUFE: e27450708e55764c68348f818dc2083338e8d85e98ef547c24be2cb8b4d101c3cb2c81369d3e6948178b1c3d7201368

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

Tipo de operación: Estándar-10

Fecha Validación DIAN: 2025-10-02 10:51:28-85-08

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiera - Nro: 890.321.151-0

Firma Digital:

dnOU=CP+eVrzzSaaE7/bnOv9dZ7yuyYha2bJLAXNCHPEYnf3Kz2BymMZY3VOSOn1qAmktwOHQg3dwbzB0288cQrggYZBv7RLsPAl7uIewLLkmOn15b2pc75QJFTw8neYpouUQ32SEFBH1GNMaJyo03gEcPqYh1Tg1bMgd
 BYMTRUwGdondqKqL8gDmW82MEhTPB3Kca4Gg+CO8lA88303=baICDIB2aXJH8TbHqK71mfVvPSuPzrm84BG+dnQ8Bmch3+PNSOPF9qD85yyYqYkXvh8O6dRlYqoQhJpbphdAdmGVJyAee



Información de la Planilla Pagada

NIT de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporta
Fecha	2025-09-04, 02:52:14 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	Agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2025
Empresa	BIOART S A
NIT	NI 805026666
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	80088334
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1752711101
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	\$ 224.536.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

NIT	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin More	Total Ingresos More
N800224808	230301	PORVENIR	78	\$ 48.161.800	\$ 0
N800229730	230201	PROTECCIÓN	32	\$ 19.135.400	\$ 0
N800336004	25-14	COLPENSIONES	46	\$ 54.012.000	\$ 0
N800227940	231001	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	12	\$ 9.325.000	\$ 0
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 455.800	\$ 0
N800156264	EPS037	NUEVA EPS	17	\$ 2.932.800	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	51	\$ 10.166.900	\$ 0
N800023564	EPS017	FAMISANAR	4	\$ 447.600	\$ 0
N805001157	EPS018	SOS-EPS	7	\$ 1.471.500	\$ 0
N824001398	EPS011	DUSAKAWI EPS	3	\$ 149.200	\$ 0
N80113831	EPS001	CMRC RECALDO FOSYGA-ALIANSA SALUD	3	\$ 3.863.500	\$ 0
N800303083	EPS012	COMFENALCO VALLE EPS	3	\$ 376.500	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	16	\$ 1.786.900	\$ 0
N800156264	EPS041	CMRC RECALDO FOSYGA-NUEVA EPS R MOVILIDAD	1	\$ 186.000	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	38	\$ 14.754.700	\$ 0
N801021585	ESSC18	CMRC RECALDO FOSYGA-EMISSANAR E.S.S	1	\$ 57.000	\$ 0
N806008394	ESSC07	EPS-S MUTUAL - MOV	1	\$ 135.700	\$ 0
N800226715	ESSC24	CMRC RECALDO CODESAUD ADRES ESSC24	1	\$ 154.700	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	30	\$ 5.493.400	\$ 0
N800226175	14-25	COLUMENA RIESGOS PROFESIONALES	174	\$ 14.900.400	\$ 0
N890480110	CCF08	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGE	2	\$ 198.700	\$ 0
N890101994	CCF07	COMFAMILIAR ATLANTICO	4	\$ 682.300	\$ 0
N891080005	CCF16	COMFACOR	1	\$ 84.400	\$ 0
N892369889	CCF15	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CESAR	2	\$ 224.800	\$ 0
N890900641	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	8	\$ 2.227.000	\$ 0
N890500516	CCF37	CCF DE CUCUTA COMFANORTE	3	\$ 454.900	\$ 0
N890303208	CCF37	COMFANDI	58	\$ 10.536.200	\$ 0
N860066942	CCF21	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	86	\$ 10.024.800	\$ 0
N891480000	CCF44	COMFAMILIAR RISARALDA	8	\$ 1.509.300	\$ 0
N890806490	CCF11	CCF DE CALDAS	3	\$ 614.800	\$ 0
N891780023	CCF33	CCF DEL MAGDALENA	1	\$ 133.700	\$ 0
N891180008	CCF32	COMFAMILIAR DEL HUILA	2	\$ 434.100	\$ 0
N891200337	CCF63	COMFAMILIAR PUTUMAYO	1	\$ 154.700	\$ 0
N890201578	CCF40	COMFENALCO	1	\$ 1.216.800	\$ 0
N890700148	CCF50	COMFENALCO-TOLIMA	7	\$ 918.700	\$ 0
N890998034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	3	\$ 2.104.800	\$ 0

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 386 24 44 - Bogotá: 483 4483 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 483 9444 - Cartagena: 883 77 27 - Pereira: 320 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 31 88 77. Página 1 de 2

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Bogotá, 1 de octubre de 2025

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Señores
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
La Ciudad

En calidad de Revisor Fiscal y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, certifico ante ustedes, cuando a ello ha habido lugar, que la compañía BIOART S.A. identificada con NIT 805.026.666 - 8:

1.- Tengo o he tenido obligaciones con las siguientes entidades o sistemas:

Sistemas de Seguridad Social en Salud	<input checked="" type="checkbox"/>
Riesgos Profesionales	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensiones	<input checked="" type="checkbox"/>
Cajas de Compensación	<input checked="" type="checkbox"/>
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF	<input checked="" type="checkbox"/>
Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA	<input checked="" type="checkbox"/>

2.- Que con las entidades o sistemas no marcados en el numeral 1, No tengo obligaciones pendientes.

3.- He dado cumplimiento en el pago íntegro y oportuno a todas las obligaciones con las entidades y sistemas marcados en el numeral 1 por los últimos seis meses

4.- Para esta certificación, estoy actuando en calidad de:

Revisor Fiscal	<input checked="" type="checkbox"/>
Representante Legal	<input type="checkbox"/>

■ CAJÁ OFICINA PRINCIPAL:
Carrera 106 # 15 - 45
Barrio Ciudad Jardín
Tels: 57 (2) 488 5059

■ BOGOTÁ:
Calle 17A # 32 - 27
Barrio Paloquemao
Tels: 57 (1) 744 6454

■ MEDELLÍN:
Cra 51 # 9C Sur - 85 local 103
Multicentro Gueyabal
Tels: 57 (4) 255 5380

■ BUCARAMANGA:
Calle 53 # 22 - 42
Barrio Nueva Sotomayor
Tels: 57 (7) 836 0387
666 0289

■ FERREIRA:
Avenida Juan B. Gutiérrez # 17 - 55
Edificio Icona PH Oficina 305
Tels: 57 (8) 340 1529

■ PANAMÁ:
El Carmen, Calle Primera y
Av Ramón Aniza, Plaza Konrad,
Oficina 208
Tels: 507 8305683