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
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	3/09/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
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 ANESTESIOLOGÍA Y CLÍNICA 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):	11-44-101254000 — Aseguradora (Si aplica): SEGUROS DEL ESTADO — Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): 8/05/2025

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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2025	141125	6/05/2025	141	6/05/2025	194925	6/05/2025	AA-139	3/09/2025	Horas Agosto 1 al 31 de 2025		$ 468.161.267,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											468.161.267,00

(INFORMACIÓN PRESUPUESTAL)

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE 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			$ 3.006.686.838,00	$ 4.793.313.162,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.800.000.000,00	$ -	$ -	$ 3.006.686.838,00	$ 4.793.313.162,00

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 2025/08 y riesgos profesionales 2025/08-- correspondiente al mes de AGOSTO
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Agosto); así mismo certifico que el/la contratista presentó 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	NUMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencias almacen)	CANTIDAD	NUMERO 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 de pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro

INFORMACION 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:**	

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	

ASOCIACION DE ANESTESIA Y DOLOR ASA

Correo: asociacion-asa@hotmail.com

NIT 900477622-1
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: 01/08/2025 hasta: 31/08/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	03	09	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA139

Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	03/09/2025 16:40:45
Dirección:	TV 3 49 02	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	3486868
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co	**Forma de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Transferencia Crédito Bancario
Vencimiento:	Septiembre 18 del 2025	**Hora emisión:**	16:40:41-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/09/2025				

Total de Lineas: 5

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	3.074,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$111.395,00	$342.426.230,00
2	0002	154,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$111.395,00	$17.154.830,00
3	0002	636,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$143.222,00	$91.089.192,00
4	014	129,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$111.395,00	$14.369.955,00
5	0003	28,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$111.395,00	$3.119.060,00

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

SON: (cuatrocientos sesenta y ocho millones ciento sesenta y un mil doscientos sesenta y siete pesos)
CUFE: c5794f714f96f523800f3212b82fac6f9d9b024d1f78f9e075d4299d647734b1dcaa2c0968be5b4c284bfb69e4d6c7e9

Subtotal:	$468.161.267,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$468.161.267,00
RetelCA:	$4.522.437,84
Neto Factura:	$463.638.829,16

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
	RETENCIONES		
07 RetelCA	$468.161.267,00	0.966%	$4.522.437,84

Firma Digital: tiVALsfqjgTK49cXU0PVA6JKAh/9AGDgGYYYHT5hor7IIR+FVj4wGWfUSz4umtgihQ
x6BqUB8sjEZZeOZf86xJJlaQRDA1hKRNabpFZvGeyJdy9CMs9
jc01mkE+84IML3 Zb3OsnndXb1XbLyw8XVEyTnhbyrn6r+yz1w+sKoNNxiGvBPLTBAEX9ZKaGXur 9e0re8opyLyPnYWdZp4LFmStXTchjaPC7Hs
iLhGybVoLiq3g4FzLqdmE74PGu 2zleG8gmz2oTqfvymq3U4UAcdNyc7Blz4lPnhXDdWGCyCCAk+OQmzz+_RYQA1xw 0qgB6L5tQZlu2DSQpcG6
kw==

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: 01/08/2025 hasta: 31/08/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
10 SEP 2025

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8

facturatech

JORNADAS DEL 1 AL 31 AGOSTO 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	4	2	0	4	2	2	0	4	18	108		8	116
	2								8	8	48		1	49
	3								10	10	60			60
	4	5	2	2	3	2	3	0	4	21	126	4		130
	5	4	2	0	0	2	3	0	4	15	90		3	93
	6	4	2	2	2	2	2	2	4	20	120	6	2	128
	7								10	10	60			60
	8	5	2	0	2	3	2	0	4	18	108		6	114
	9								10	10	60		6	66
	10								10	10	60			60
	11	4	2	2	3	2	3	0	4	20	120		5	125
	12	5	0	2	2	2	3	0	4	18	108		5	113
	13	5	2	2	2	2	3	2	4	22	132	3	4	139
10	14	4	2	2	6	2	3	0	4	23	138		10	148
	15	5	2	0	3	2	2	0	4	18	108	3	1	112
	16								10	10	60			60
	17								10	10	60			60
	18								10	10	60			60
	19	5	2	2	0	2	3	0	4	19	114		2	116
	20	7	2	2	3	2	3	2	4	25	150		1	151
	21	5	2	2	6	2	3	2	4	26	156		1	157
	22	5	2	0	2	2	2	0	4	17	102	6		108
	23								10	10	60		1	61
	24								10	10	60			60
	25	4	2	0	4	2	3	0	4	19	114		5	119
	26	6	2	0	3	2	3	0	4	20	120		1	121
	27	5	2	2	2	2	3	2	4	22	132		4	136
	28	7	2	2	6	2	3	0	4	26	156	6	1	163
	29	5	2	0	3	2	2	0	4	18	108			108
	30								8	8	48		1	49
	31								10	10	60			60
										0	0			0
										501	3006	28	68	3102
	DISPONIBILIDADES CARDIO ($111,395)													129
	HORAS DOLOR ($143.222)													636
	HORAS DOLOR -ANESTESIA ($111.395)													154
	GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													4021

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

A Vargas.
DRA ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante legal

ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR
Nit: 900.477.822-1

Bogotá D.C, 03 de Septiembre 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 03 de Septiembre 2025

Atentamente.

AVargas

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