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: 10-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	30/10/2025	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		
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) :	33-44-101254600	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-142	30/10/2025	Productividad Agosto 1 al 31 de 2025		$ 717.251.149,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											717.251.149,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	#¡NOMBRE?										

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			$ 5.007.189.917,00	$ 2.792.810.083,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.800.000.000,00	$ -	$ -	$ 5.007.189.917,00	$ 2.792.810.083,00

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 (Julio); 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 relacionado 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 NARRUEO**		
NUMERO DE CEDULA:		45762418	
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	

Factura Electrónica de Venta AA - 142

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764090718571 de 19/03/2025 - 19/03/2026 autoriza AA-125 a AA-1000

Actividad Económica Principal 9420
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	30/10/2025 13:13
Fecha de Vencimiento	14/11/2025 13:13
Fecha de Validación	30/10/2025 14:01
Forma de Pago	Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago	Transferencia Crédito Bancario
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	ASOCIACION DE ANESTESIA Y DOLOR ASA
Nombre Comercial	ASA
NIT	900477822
Obligación	NO APLICA
Email	asociacion-asa@hotmail.com
Teléfono	6019143919
Dirección Fiscal	CL 18 77 51 OF 416, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Nombre Comercial	
NIT	830040256
Obligación	IVA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	6013486868
Dirección	TV 3 49 02
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	0005	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA PRODUCTIVIDAD AGOSTO 1-31	1	WSD	$717,251,149.00		$717,251,149.00	$717,251,149.00

1

Subtotal	$717,251,149.00
RETE ICA	-$6,928,646.00
Total a Pagar	**$710,322,503.00**

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

Unidades de medida: WSD = estándar

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 7885ec9acefe3756a807c7ab56536ef43846f968ad9256010920db0843bc82ab0daddaa0e9bdb78874b0aa9570ffd0f6

Bogotá D.C, 31 Octubre 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 31 de Octubre 2025

Atentamente.

ADRIANA VARGAS DIAZ
CC N° 63.348.289
Representante Legal