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:	3/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
No. de Contrato:	079-2025			VALOR	$ 7.800.000.000,00		
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASE-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) :	13-44-101254809	Aseguradora (si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	5/05/2025		

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-146	3/12/2025	Horas Noviembre 1 al 30 de 2025		$ 442.031.181,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											442.031.181,00
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES TREINTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS 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	1.265.000.000,00		$ 6.653.026.323,00	$ 2.411.973.677,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.800.000.000,00	$ 1.265.000.000,00	$ -	$ 6.653.026.323,00	$ 2.411.973.677,00

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- HASTA EL 15 DE DICIEMBRE 2025	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/11 y riesgos profesionales 2025/11– correspondiente al mes de NOVIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Septiembre); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integra 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 realizado a continuación:

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		
NUMERO 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 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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	03	12	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA — **N° AA146**

Nombre o Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	03/12/2025 11:56:47
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:	Diciembre 18 del 2025	**Hora emisión:**	11:56:43-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/12/2025				
Total de Lineas: 5					

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS NOM.	IMPUESTOS % o VAL	IMPUESTOS MONTO	VR UNIT.	TOTAL
1	0001	2.881,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$111.395,00	$320.928.995,00
2	0002	121,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$111.395,00	$13.478.795,00
3	0002	648,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$143.222,00	$92.807.856,00
4	014	114,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$111.395,00	$12.699.030,00
5	0003	19,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$111.395,00	$2.116.505,00

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

SON: (cuatrocientos cuarenta y dos millones treinta y un mil ciento ochenta y un pesos)
CUFE: c634d43e90f16205ddd92210dc0d83bc5a8c68ac217a450a9510d81d3b532a029d9a0be2bcc7407ada21e7e5aacec201

Subtotal:	$442.031.181,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$442.031.181,00
RetelCA:	$4.270.021,00
Neto Factura:	$437.761.160,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$442.031.181,00	0.966%	$4.270.021,00

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
09 DEC 2025

Firma Digital: qV4Hop8Tv0oKDbHgv9hV9Cj2EqSPH3bhaWzZtVqLy7WyBUMHJemK/faUN3CdRYcX
SLj15IN5FA4F7w+F/bP+4iFJKMIIbXoVVe21nHkoheSXGc2zL
nSDQxnJFXgYuQ 1opos0CnhxtILQQQp8Z0pvfOQEnwLNYH-OOAjrWHqTDBa7w9RyHqLpdNWBM§es3 7GRWqYIKNfnTmC4RSRPKqz4OwRIdasGlt
8InF/AVTZT3KAfGlf+RO0X/RF5Fe7 n/chNQh8hvbyTPgHpc23uFOZV2h1Uh2RMR3jz2r7UK4ZqrNGg5vknX06wUq4S XQ2dtOXG+ea/pJVAGfJJ
UQ==

Esta factura es un título 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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

JORNADAS DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1								10	10	60			60
2								10	10	60			60
3								10	10	60			60
4	5	2	0	3	2	3	0	4	19	114		1	115
5	5	2	2	0	2	3	2	4	20	120	5		126
6	5	2	2	7	2	3	0	4	25	150		1	151
7	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96	6	1	103
8								10	10	60			60
9								10	10	60			60
10	4	2	0	3	2	3	0	4	18	108			108
11	2	2	0	2	2	3	0	4	15	90	4		94
12	6	2	2	0	2	3	2	4	21	126		4	130
13	5	2	2	7	2	3	0	4	25	150		2	152
14	2	2	0	3	2	2	0	4	15	90		1	91
15								10	10	60			60
16								10	10	60			60
17								10	10	60			60
18	5	2	0	2	2	3	0	4	18	108			108
19	5	2	2	1	2	2	2	4	20	120	3		123
20	5	2	2	6	2	2	2	4	25	150		1	151
21	4	2	0	3	2	1	0	4	16	96			96
22								6	6	36			36
23								10	10	60			60
24	4	2	2	3	2	3	0	4	20	120			120
25	6	2	0	1	2	3	0	4	18	108		4	112
26	4	2	2	0	2	2	2	4	18	108			108
27	4	2	2	7	2	2	0	4	23	138		15	153
28	4	0	2	2	2	1	0	4	15	90		1	91
29							6	6	12	72			72
30							10	10	20	120			120
									0	0			0
									0	0			0
									475	2850	19	31	2900
DISPONIBILIDADES CARDIO ($111,395)													114
HORAS DOLOR ($143.222)													648
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($111.395)													121
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3783

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DRA ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante legal

Bogotá D.C, 03 de Diciembre 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 Diciembre 2025

Atentamente.

ADRIANA VARGAS DIAZ
CC N° 63.348.289
Representante Legal