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:	6/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL

No. de Contrato:	323-2025	VALOR	$ 7.487.000.000,00
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 cuantia

Cuenta Bancaria No.	24028366627	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente	
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-10125460U	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 2026	20626	7/01/2026	206	7/01/2026	20626	7/01/2026	AA-159	6/05/2026	Horas Abril 1-30 2026		$ 480.239.909,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											480.239.909,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUATROCIENTOS OCHENTA MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NUEVE 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	235.000.000			$ 235.000.000,00	$ -
VIGENICA AÑO 2026	7.252.000.000			$ 3.094.388.893,00	$ 4.157.611.107,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.487.000.000,00	$ -	$ -	$ 3.329.388.893,00	$ 4.157.611.107,00

Nombre del Supervisor LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO		Fecha de notificación: 24/12/2025
Plazo de ejecución 7	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	24/12/2025	31/07/2026
Vigencia del Contrato: 2025		
Prorrogas:	En tiempo	
	1	
	2	
	3	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/04 y riesgos profesionales 2026/04– correspondiente al mes de ABRIL
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Abril); 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 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	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 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	Entida	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	

Factura Electrónica de Venta AA - 159

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764107249321 de 16/03/2026 - 16/03/2027 autoriza AA - 156 a AA - 1,000

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	06/05/2026 15:26
Fecha de Vencimiento	21/05/2026 15:26
Fecha de Validación	06/05/2026 15:54
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	0001 -	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	3,130	HUR	$114,737.00		$359,126,810.00	$359,126,810.00
2	0014	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	108	HUR	$114,737.00		$12,391,596.00	$12,391,596.00
3	0003	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	33	HUR	$114,737.00		$3,786,321.00	$3,786,321.00
4	0002	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	120	HUR	$114,737.00		$13,768,440.00	$13,768,440.00
5	0002	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	618	HUR	$147,519.00		$91,166,742.00	$91,166,742.00

5

Subtotal	$480,239,909.00
RETE ICA	-$4,639,118.00
Total a Pagar	**$475,600,791.00**

#$15-19-00;323-2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$
Correspondiente al periodo 01/04/2026 al 30/04/2026
No realizar retención en la fuente de Renta, somos no contribuyentes del impuesto de renta Art. 23 del E.T. Somos Grandes Contribuyentes de ICA Bogotá según Res. DDI-029334 de 2025
Unidades de medida: HUR = Hora

CUFE: 41ef9b5578dbfba859118f8b29d5679234f1271437ffb88b2c87c664d86e2cabe3081a3cf41bc5c3516f047f7f833097

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

JORNADAS DEL 1 AL 30 ABRIL / 2026

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1	5	2	1	2	2	3	2	4	21	126	6		132
2								10	10	60			60
3								10	10	60			60
4								10	10	60		2	62
5								10	10	60			60
6	5	2	0	4	2	3	0	4	20	120	8	1	129
7	4	2	1	0	2	4	0	4	17	102	3	2	107
8	6	2	2	2	2	3	2	4	23	138		2	140
9	4	2	2	6	2	3	0	4	23	138		1	139
10	5	2	2	2	2	3	0	4	20	120	2	1	123
11								8	8	48			48
12								10	10	60			60
13	4	2	0	3	0	3	0	4	16	96			96
14	6	2	2	1	2	4	0	4	21	126	6	3	135
15	7	2	0	3	2	3	2	4	23	138	2	6	146
16	6	2	2	7	2	3	0	4	26	156			156
17	5	2	0	2	2	3	0	4	18	108		2	110
18								10	10	60			60
19								10	10	60			60
20	5	2	2	3	2	3	0	4	21	126			126
21	4	2	2	1	2	4	0	4	19	114		1	115
22	5	2	2	3	2	3	2	4	23	138			138
23	5	2	0	7	2	3	0	4	23	138			138
24	5	2	2	2	2	3	0	4	20	120		7	127
25								10	10	60			60
26								10	10	60			60
27	4	2	0	3	2	3	0	4	18	108			108
28	4	2	0	2	2	4	0	4	18	108		1	109
29	4	2	2	3	2	4	2	4	23	138	6	2	146
30	5	2	2	7	2	3	0	4	25	150		3	153
31									0	0			0
									0	0			0
								178	516	3096	33	34	3163
DISPONIBILIDADES CARDIO ($114,737)													108
HORAS DOLOR ($147,519)													618
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($114,737)													120
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													4009

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DRA ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante legal

Bogotá D.C, 07 de Mayo de 2026

Señores
Hospital Militar Central
Ciudad

Ref.: Certificación de pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales Contrato No 323-2025.

Respetados señores,

En mi calidad de Representante Legal de la ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR – ASA, identificada con NIT 900.477.822-1, certifico que la entidad ha cumplido de manera oportuna y efectiva con el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (*Salud, Pensiones y Riesgos Laborales*), así como de los aportes parafiscales a que haya lugar, correspondientes a los últimos seis (6) meses, respecto de los trabajadores que ejecutan el Contrato No. 323-2025.

La presente certificación se expide en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes que regulan la obligación de acreditar el pago de aportes al Sistema de seguridad social integral para efectos de la ejecución y pago de contratos estatales.

Para constancia, se expide en Bogotá D.C. a los siete (07) días del mes de Mayo de dos mil
veintiséis (2026).

Cordialmente,

AVargas

ADRIANA VARGAS DIAZ
Representante Legal
Asociación de Anestesia y Dolor - ASA