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:	1/07/2026	INFORME DE SUPERVISION		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
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 cuantía		
Cuenta Bancaria No.	24028366627	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	12-44-101234600	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-165	1/07/2026	Horas Junio 1-30 2026		$ 485.878.413,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											485.878.413,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:	CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS 00/100 M.Cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES o/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2025	235.000.000			$ 235.000.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2026	7.252.000.000			$ 5.438.825.218,00	$ 1.813.174.782,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 7.487.000.000,00	$ -	$ -	$ 5.673.825.218,00	$ 1.813.174.782,00

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 2026/06 y riesgos profesionales 2026/05– correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Marzo); 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 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 / entregado almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	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

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 $ 6.400.000 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		
NÚMERO DE CEDULA:	45763438		
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	

Factura Electrónica de Venta AA - 163

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	03/07/2026 12:13
Fecha de Vencimiento	18/07/2026 12:13
Fecha de Validación	03/07/2026 12:41
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	3,283	HUR	$114,737.00		$376,681,571.00	$376,681,571.0
2	0014	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	111	HUR	$114,737.00		$12,735,807.00	$12,735,807.0
3	0003	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	5	HUR	$114,737.00		$573,685.00	$573,685.0
4	0002	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	126	HUR	$114,737.00		$14,456,862.00	$14,456,862.0
5	0002	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	552	HUR	$147,519.00		$81,430,488.00	$81,430,488.0

5

Subtotal	$485,878,413.0
Ret. ICA (0.966%)	-$4,693,585.0
Total a Pagar	**$481,184,828.0**

#$15-19-00;323-2025;facturacionsiif@homil.gov.co#$
Correspondiente al periodo 01/06/2026 al 30/06/2026
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: 2b5015102dfd35c1437c4f72d441082478625b89161064929f3742a147d85dd5e7f2793ecf3cf8730e98ed2440b6a602

JORNADAS DEL 1 AL 30 JUNIO / 2026

	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
	5	2	2	3	3	3	0	4	22	132			132
	4	2	2	4	3	2	0	4	21	126			126
	7	2	2	3	2	3	2	4	25	150		1	151
	5	2	2	7	3	4	0	4	27	162			162
	4	2	2	2	2	3	1	4	20	120			120
								10	10	60			60
								10	10	60			60
								10	10	60			60
	8	2	2	2	3	3	0	4	24	144	3		147
	5	2	2	2	3	3	2	4	23	138		1	139
	4	2	2	7	3	3	0	4	25	150		5	155
	4	2	2	2	2	3	0	4	19	114		4	118
								10	10	60			60
								10	10	60			60
								8	8	48			48
	6	2	2	4	3	3	0	4	24	144			144
	6	2	2	2	4	3	0	4	23	138		2	140
	5	2	2	7	3	3	0	4	26	156		3	159
	5	2	2	2	3	3	0	4	21	126	2	4	132
								10	10	60			60
								10	10	60			60
	4	2	2	3	3	3	0	4	21	126			126
	5	2	2	4	3	3	0	4	23	138		2	140
	5	2	2	2	2	4	2	4	23	138		2	140
	6	2	2	7	3	3	0	4	27	162		4	166
	5	2	2	2	2	3	0	4	20	120		1	121
								10	10	60		1	61
								10	10	60			60
								10	10	60			60
	5	2	2	2	2	3	0	4	20	120		1	121
									0	0			0
									0	0			0
								184	542	3252	5	31	3288
BILIDADES CARDIO ($114,737)													111
LOR ($147,519)													552
DOLOR -ANESTESIA ($114,737)													126
TAL HORAS ANESTESIA													4077

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor General

DRA MARIA DEL PILAR GUTIERREZ R
Representante legal

Bogotá D.C, 03 de Julio 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 tres (03) días del mes de Julio de dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

MARIA DEL PILAR GUTIERREZ
Representante Legal
Asociación de Anestesia y Dolor - ASA