HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 13-07-2022
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 08
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	5/05/2023				
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios Profesionales	TIPO DE PROCESO	Selección abreviada menor cantidad	N° DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	CD 062 DE 2018 HOSMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
367-2022	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD PARA EL AREA DE ANESTESIOLOGIA Y CLINICA DEL DOLOR DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL. MES A PAGAR: FACTURACION HORAS MES DE ABRIL 2023	Fecha de suscripción:		21/12/2022
		Valor inicial:	$	8.172.260.800,00
		VIGENCIA AÑO 2022	$	220.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$	7.952.260.800,00
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	8.172.260.800,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	N°CDP (SIIF).
			581222	103122
			Fecha:	20/12/2022
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :		Cumplimiento Estatales No. 15-44-101273064
		Aseguradora (Si aplica):		Seguros del Estado S.A.
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):		21 DE DICIEMBRE DE 2022
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:		LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO / 20 de Diciembre de 2022
		Fecha de inicio de contrato		21 DE DICIEMBRE DE 2022
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			21/12/2022	30/11/2023
		Vigencia del Contrato: Hasta el 30 de Noviembre de 2023, o hasta agotar presupuesto, lo primero que suceda una vez perfeccionado y tras haber cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
		Prorrogas: En tiempo		
		1- AÑO 2022		
		2- AÑO 2022		
		3- AÑO 2022		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 900.477.822-1		
Asociación de Anestesia y Dolor y podrá identificarse con la sigla - ASA	Dirección: Cra. 9ª N° 17-55 Sur Piso 2 Barrio Sosiego		
	Dirección:		
	Cuenta Bancaria No. 24028366627		
	Banco: Caja Social		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: 30 DÍAS CALENDARIO

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO	GA-GECO-MN-01-FT-05	VERSIÓN	08
		Página:		2 DE 2	

Descripción de Servicios a Recibir	Almacen que Ingresa	No. Factura	Fecha	No. Relación de Soportes	Valor $
El cubrimiento de cirugía programada, cirugía de urgencias, consulta preanestésica e interconsultas, salas de maternidad, clínica dolor agudo y crónico, unidad de cuidados posanestésicos y anestesia para procedimientos fuera de salas de cirugía de acuerdo con la distribución que realice el jefe del Servicio.		AA75	5/05/2023	Abril 2023 Horas	$ 327.150.000
					$ -
Total del mes					$ 327.150.000
Saldo del contrato					$ 6.075.285.098

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$327.150.000
VALOR EN LETRAS :	Trescientos veintisiete millones ciento cincuenta mil M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2023/04 y riesgos profesionales 2023/04 Planilla correspondiente al mes de Abril DE 2023

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 de 2023; 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION.

OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

VIGENCIA	VALOR TOTAL CONTRATO (Agregar adiciones en el valor total)	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO O REDUCCIÓN	PENDIENTE EJECUTAR
AÑO 2022	$ 220.000.000,00	$ 220.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2023	$ 7.952.260.800,00	$ 1.876.975.702,00	$ 0,00	$ 6.075.285.098,00
AÑO 2024	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2025	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 8.172.260.800,00	$ 2.096.975.702,00	$ 0,00	$ 6.075.285.098,00
	VALOR TOTAL CONTRATADO	VALOR TOTAL EJECUTADO	VALOR LIBERADO	VALOR TOTAL PENDIENTE POR EJECUTAR

NOTA 2: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $5.000.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO
NUMERO DE CEDULA:	45.762.428
FIRMA :	

NOTA 3: Recuerde que en caso de ser contrato de prestación de servicios profesionales o asistenciales, que no facturen, NO se requieren las firmas de enterado Jefe de Unidad y Subdirector

FIRMA ENTERADO JEFE DE UNIDAD:	FIRMA ENTERADO SUBDIRECTOR:

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

JORNADAS DEL 1 AL 30 ABRIL DE 2023

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1								8	8	48			48
2								8	8	48			48
3	4	2	0	4	2	2	0	4	18	108			108
4	2	0	0	0	2	3	0	4	11	66			66
5	3	2	2	2	2	2	2	4	19	114	1		115
6								8	8	48			48
7								10	10	60			60
8								10	10	60			60
9								10	10	60			60
10	3	2	2	4	2	2	0	4	19	114		3	117
11	3	0	0	2	2	2	0	4	13	78		1	79
12	4	2	0	0	2	1	2	4	15	90	2	2	94
13	5	2	2	2	2	2	0	4	19	114			114
14	4	0	0	4	2	2	0	4	16	96			96
15								8	8	48			48
16								10	10	60			60
17	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96		4	100
18	2	2	0	1	2	2	0	4	13	78			78
19	6	2	2	1	2	3	2	4	22	132		1	133
20	6	2	2	2	2	2	0	4	20	120			120
21	4	0	0	3	2	1	0	4	14	84		6	90
22								6	6	36			36
23								10	10	60			60
24	3	2	2	3	2	2	0	4	18	108			108
25	2	2	0	2	2	2	0	4	14	84	2		86
26	5	0	0	0	2	2	2	4	15	90	2	3	95
27	2	2	0	3	2	2	0	4	15	90			90
28	3	2	0	3	2	1	0	4	15	90			90
29								6	6	36			36
30								8	8	48			48
31									0	0			0
									0	0			0
									0	0			0
									394	2364	7	20	2391
HORAS DOLOR ($125,000)													642
HORAS DOLOR -ANESTESIS ($100,000)													78
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3111

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DR JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

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° 18764041099204
Fecha 12/12/2022 - 12/06/2023
Autorización de Facturación Electrónica del AA64 al AA100
POR SER ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO, SOMOS EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/04/2023 hasta: 30/04/2023.

Departamento	Fecha		
Bogotá	05	05	2023

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA75

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	05/05/2023 14:31:26
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:	Mayo 19 del 2023	**Hora emisión:**	14:31:24	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/05/2023				
Total de Lineas:	3				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	VR UNIT.	TOTAL
1	0001	2.391,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR	$100.000,00	$239.100.000,00
2	0002	642,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR	$125.000,00	$80.250.000,00
3	0002	78,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR	$100.000,00	$7.800.000,00

SON: (TRESCIENTOS VEINTISIETE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS)
CUFE: 2f3e649b96317843cf361d4ac4c08924ff9d615ce1b5c395dad45b3a53574f06a34a104bcca56a4e0ba1c1c52639fffd

NOTAS:
15-19-00;367-2022;jchavez@homil.gov.co

SUBTOTAL:	$327.150.000,00
TOTAL:	$327.150.000,00
RETEICA:	$3.160.269,00
NETO FACTURA:	$323.989.731,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA	IMPORTE
RETENCIONES			
07 ReteICA	$327.150.000,00	0.966%	$3.160.269,00

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SP(RA) Marlon Sánchez Cruz
10 MAY 2023

Firma Digital: N3dtdNZXNgUXJYTa7xm6IhI+aPu7IX6Xhp78OEbk+7F/GHkiajEsx00VoX4+C12K qMJrUXKNYaXln4LIGLRm+mNjugdL3ZuzT4N7pXgtlKVALnLXq9/S/ygxCvZBkBLfy Grfo7MhbOi0ZxZ0GMPfL64audhevzmmpgehomJAgnA3jz+ySi8PJzMOBSjqFFOqb MNnZPPY5k3WfXg5abbKTqWmNCr44BvZzxa3D9uPNQ+8FEfrTTNRixJsLI0IKHzbN INT4VHs/kBILc7sKetEN2hvSo5zMIMbgN0th0XprFhpVQER1fxmE3/02/DKtS5JN x9xQvS8gSXsFUMSDVxmAIA==

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: 01/04/2023 hasta: 30/04/2023.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

facturatech

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

ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR
Nit: 900.477.822-1

Bogotá, 05 Mayo 2023

Señores
Hospital Militar Central
Ciudad

Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.
Contrato: Nº 367/2022

Cordial Saludo,

Yo, Juan Sebastian Correa Estepa identificado con cedula de ciudadanía N° 1.010.195.913 de Bogotá, 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 367/2022

Se da esta certificación al 05 de Mayo del 2023

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal

Dirección: Kr. 9 A 17 – 55 Sur Piso 2
Tels: 7 046446 / 318 2917212
E-mail: asociacion-asa@hotmail.com