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:	7/03/2024				
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			
472-2023	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 FEBRERO 2024	Fecha de suscripción:			21/12/2023
		Valor inicial:	$		10.522.412.800,00
		VIGENCIA AÑO 2023	$		100.000.000,00
		VIGENCIA AÑO 2024	$		7.718.400.000,00
		VIGENCIA AÑO 2025	$		2.704.012.800,00
		Adiciones (Si aplica) :	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$		-
		1-	$		-
		2-	$		-
		3-	$		-
		4-	$		-
		Valor Total Contrato	$		10.522.412.800,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF		N°CDP (SIIF).
			581222		103122
			Fecha:		21/12/2023
		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):	24 DE DICIEMBRE DE 2023		
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO / 24 de Diciembre de 2023		
		Fecha de inicio de contrato	24 DE DICIEMBRE DE 2023		
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
			24/12/2023		30/04/2025
		Vigencia del Contrato: Hasta el 30 de Abril de 2025, 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 2023			
		2- AÑO 2022			
		3- AÑO 2022			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: Asociación de Anestesia y Dolor y podrá identificarse con la sigla - ASA		NIT/C.C.: 900.477.822-1			
		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.		AA98	7/03/2024	Horas Febrero 2024	$ 372.870.300
					$ -
					$ -
Total del mes					**$ 372.870.300**
Saldo del contrato					**$ 9.693.109.350,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	**$372.870.300**
VALOR EN LETRAS :	**Trescientos setenta y dos millones ochocientos setenta mil trescientos Pesos M/Cte**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/02 y riesgos profesionales 2024/02 Planilla correspondiente al mes de Febrero 2024

En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de Febrero 2024; 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 2023	$ 100.000.000,00	$ 100.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2024	$ 7.718.400.000,00	$ 729.303.450,00	$ 0,00	$ 6.989.096.550,00
AÑO 2025	$ 2.704.012.800,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.704.012.800,00
AÑO 2026	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO 2027	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 10.522.412.800,00	$ 829.303.450,00	$ 0,00	$ 9.693.109.350,00
	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 29 FEBRERO 2024

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1	4	2	2	4	2	1	0	4	19	114			114
2	5	0	0	2	2	1	0	4	14	84		2	86
3								4	4	24			24
4								8	8	48			48
5	2	0	2	2	2	2	0	4	14	84		1	85
6	2	0	0	2	2	3	0	4	13	78		4	82
7	3	0	2	0	2	2	2	4	15	90		7	97
8	3	2	2	5	2	2	0	4	20	120			120
9	4	0	2	2	2	3	0	4	17	102			102
10								10	10	60			60
11								8	8	48			48
12	2	0	2	2	1	2	0	4	13	78		1	79
13	2	2	2	2	1	2	0	4	15	90		2	92
14	3	2	2	0	2	2	1	4	16	96		1	97
15	4	2	2	4	2	3	0	4	21	126		2	128
16	3	2	1	2	1	2	0	4	15	90		1	91
17								8	8	48			48
18								8	8	48			48
19	2	0	2	2	2	2	0	4	14	84		2	86
20	3	0	1	3	0	3	0	4	14	84	4	4	92
21	3	0	2	1	2	0	2	4	14	84		1	85
22	4	2	2	4	2	3	0	4	21	126			126
23	2	2	0	2	2	2	0	4	14	84			84
24								10	10	60			60
25								10	10	60			60
26	4	2	2	2	2	2	0	4	18	108			108
27	2	2	2	4	2	0	0	4	16	96		2	98
28	5	2	2	0	2	2	2	4	19	114	6		120
29	2	2	2	5	2	0	0	4	17	102		1	103
30									0	0			0
31									0	0			0
									0	0			0
									0	0			0
									405	2430	10	31	2471
ONIBILIDAD	S CARDIO ($108,150)												105
HOR	S DOLOR ($1 9,050)												594
H	RAS DOLOR - ANESTESIA ($108,150)												108
GRA	TOTAL HORAS ANESTESIA												3278

DRA LILIAN MUÑOZ MARROQUIN
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° 18764063270542
Fecha 04/01/2024 - 04/07/2024
Autorización de Facturación Electrónica del AA97 al AA100 POR SER ENTIDAD SIN ANÌMO DE LUCRO, SOMOS EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
Email: asociacion-asa@hotmail.com
Teléfono: 7046443
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/02/2024 hasta: 29/02/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	07	03	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA98

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	07/03/2024 09:24:32
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:	Marzo 19 del 2024	**Hora emisión:**	09:24:30	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	19/03/2024				

Total de Lineas: 5

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	VR UNIT.	TOTAL
1	0001	2.461,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR	$108.150,00	$266.157.150,00
2	0002	108,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR	$108.150,00	$11.680.200,00
3	0002	594,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR	$139.050,00	$82.595.700,00
4	014	105,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR	$108.150,00	$11.355.750,00
5	0003	10,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR	$108.150,00	$1.081.500,00

SON: (TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS PESOS)
CUFE: 09a026f93ead84a01f53c444b069bd7b89b71ebee82e0062ce509ecf8461ed2548abe37af01686ad043c2a4e9020a76e

NOTAS:
#$15-19-00;472-2023;jchavez@homil.gov.co#$

SUBTOTAL:	$372.870.300,00
TOTAL:	$372.870.300,00
RETEICA:	$3.601.927,09
NETO FACTURA:	$369.268.372,91

IMPUESTO	BASE	TARIFA	IMPORTE
RETENCIONES			
07 ReteICA	$372.870.300,00	0.966%	$3.601.927,09

Aprobado SIIF
11-03-2024

Firma Digital: tW8aAgLxpIbIQs0XfEtcfB1s0LszC7rfA4NsLu4Ldvjw7/o5U3kaQI2Qi+E+k3u1 cUDuimqpEUAQfHWCq4M02D2TphUFIyeCwCRNtqDg/ErVE+Xje3 DkbkfQQVImgJij yfsblgEk8k6nnIZK2+PkrgpSUcNlzcbxz/SyQuJW+jUKYyjNAukdwXVwPmgnJH2 wzNvNTvgJSNx+3KhQkWaimxkfbSU2IonFn5 syVBGOp81XiN1wwJW6QWlhlb3sqgK dOleP7aS1vftkUbfb5bwoFVqNQEdFi/07ssGhKHuRaW5CaK7RMXH2oK4Yc1iykDf 6mMnggE2Kyk9yu2Rv+uf Iw==

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: 01/02/2024 hasta: 29/02/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

facturatech

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

Bogotá D.C, 05 Marzo 2024

Señores
Hospital Militar Central
Ciudad

Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.
Contrato: Nº 472-2023

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 472-2023

Se da esta certificación al 05 de marzo 2024

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal