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:	6/05/2024				
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 DE HORAS MES DE ABRIL 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.		AA102	6/05/2024	Horas Abril 2024	$ 397.791.150
					$ -
Total del mes					$ 397.791.150
Saldo del contrato					$ 8.408.043.516,00

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$397.791.150
VALOR EN LETRAS :	Trescientos noventa y siete millones setecientos noventa y un mil ciento cincuenta pesos M/Cte

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/04 y riesgos profesionales 2024/04 Planilla correspondiente al mes de Abril 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 Abril 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	$ 2.014.369.284,00	$ 0,00	$ 5.704.030.716,00
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	$ 2.114.369.284,00	$ 0,00	$ 8.408.043.516,00
	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.

INFORMACION GENERAL			SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
Entidad	Nº 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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		

JORNADAS DEL 1 AL 30 ABRIL 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	1	2	1	2	0	4	16	96		1	97
2	4	2	1	0	2	2	0	4	15	90	6	2	98
3	5	0	2	1	2	2	2	4	18	108	6	3	117
4	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120		2	122
5	4	0	0	2	1	2	0	4	13	78		4	82
6								10	10	60			60
7								10	10	60			60
8	3	2	2	2	0	2	0	4	15	90		1	91
9	4	2	1	0	1	2	0	4	14	84	12	1	97
10	4	2	2	0	2	2	2	4	18	108			108
11	4	2	2	3	2	2	0	4	19	114		1	115
12	4	2	1	2	2	2	0	4	17	102			102
13								8	8	48			48
14								8	8	48			48
15	4	1	0	3	2	2	0	4	16	96			96
16	5	0	0	1	2	3	0	4	15	90	6	1	97
17	6	0	0	0	1	2	2	4	15	90		1	91
18	3	2	2	3	2	2	0	4	18	108		1	109
19	3	0	2	2	2	2	0	4	15	90			90
20								10	10	60		1	61
21								10	10	60			60
22	4	2	1	2	1	2	0	4	16	96		2	98
23	3	0	0	2	2	3	0	4	14	84		1	85
24	5	2	2	1	0	2	2	4	18	108	6		114
25	4	2	2	2	2	2	0	4	18	108			108
26	3	0	2	2	1	2	0	4	14	84		2	86
27								8	8	48			48
28								8	8	48			48
29	4	0	2	3	2	2	0	4	17	102			102
30	2	0	2	2	2	3	0	4	15	90	12	1	103
31									0	0			0
									0	0			0
									0	0			0
									428	2568	48	25	2641
ONIBILIDADES CARDIO ($108,150)													108
HORAS DOLOR ($139,050)													648
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150)													96
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3493

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° 18764067411695
Fecha 15/03/2024 - 15/03/2025
Autorización de Facturación Electrónica del AA101 al AA1000 POR SER ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO, SOMOS EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
Email: asociacion-asa@hotmail.com
Teléfono: 7046443
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/04/2024 hasta: 30/04/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	06	05	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA102

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	06/05/2024 15:31:23
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 17 del 2024	**Hora emisión:**	15:31:20	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	17/05/2024				
Total de Lineas:	5				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.593,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$108.150,00	$280.432.950,00
2	0002	108,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$108.150,00	$11.680.200,00
3	0002	648,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$139.050,00	$90.104.400,00
4	014	96,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$108.150,00	$10.382.400,00
5	0003	48,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$108.150,00	$5.191.200,00

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

SON: (trescientos noventa y siete millones setecientos noventa y un mil ciento cincuenta pesos)
CUFE: 4f7ee9b9980b80d3f3f7ac8b653d5d67057b646af9e208f4611afe5a2ba3f2a7490bad981d4b7603efb425477ac0ce3b

Subtotal:	$397.791.150,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$397.791.150,00
RetelCA:	$3.842.662,50
Neto Factura:	$393.948.487,50

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$397.791.150,00	0.966%	$3.842.662,50

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SP(RA) Marlen Sánchez Cruz
08 MAY 2024

Firma Digital: pONOOdPi0ZQaEPw9/u6mK1BSO8ekCwam+U16UyhnGkIWRUEb2eytE0LdhvC5+QYb
8MJRMtHGHRlxSKqqbR4R+DhNyebJQMO6kisg9tkjnQvwVp2eGk
jutYPOT0N+a1zA yv9C366tbDt+SU7ZJgEVX+o+EgUF89bVO3BGUkMECkBf1iKBoMrAivbfAWhPxAE9 tZ/uwjQ9PCBuRgsZh4aMpnbGy+GTAgO0vsm
JWlq4CcvM9yAawu27snrC4wQpla3u tMn1Lv3ABNpodKirqrHGizZW0m4JswhtZkw8mTUPc9HFoUgU5CWznOhcjOp+kRBd fxeJMwNcPgGwaRz3nQ+P
zw==

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: 01/04/2024 hasta: 30/04/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0 PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8 facturatech

Bogotá D.C, 03 Mayo 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 03 de Mayo 2024

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal