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: 06-02-2023
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	VERSIÓN: 09
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	12/06/2024				
TIPO DE CONTRATO	ARRENDAMIENTO DE MUEBLES	TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA	Nº DE PROCESO EN EL SECOP II / TIENDA VIRTUAL	MC-017-2024-HOMIL

CONTRATO No.	OBJETO:	DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
027-2024	ALQUILER DE UN EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	Fecha de suscripción:		26/02/2024
		Valor inicial:	$	50.000.000,00
		VIGENCIA AÑO (2023)	$	50.000.000,00
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		VIGENCIA AÑO	$	-
		Adiciones (Si aplica) :	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Reducciones y/o Liberaciones (Si aplica):	$	-
		1-	$	-
		2-	$	-
		3-	$	-
		4-	$	-
		Valor Total Contrato	$	50.000.000,00
		COMPROMISO PRESUPUESTAL	SIIF	Nº CDP (SIIF).
			145624	177824
			Fecha:	15/03/2024
		Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Póliza No. 14-44-101205793	
		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	
		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/03/2024	
		Nombre del Supervisor y fecha de notificación:	MY. MD. Fabián Augusto Montoya Molina	
		Fecha de inicio de contrato	19/03/2024	
		Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
			19/03/2024	31/12/2024
		Vigencia del Contrato: 9 MESES		
		Prorrogas: En tiempo		
		1-		
		2-		
		3-		

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	NIT/C.C.: 900922190		
NEUROLOR SAS	Dirección: CR 16 # 127 B-43 TO 4 AP 902 BOGOTA		
	Telefono: (601)2586338		
	Cuenta Bancaria No. 474100061446		
	Banco: DAVIVIENDA		
	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente
		X	

FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA

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 $
ALQUILER DE UN EQUIPO MARCO DE ESTEREOTAXIA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL **(ABRIL 2024)**	N/A	526	30/04/2024		$ 4.165.000,00
	N/A	527	30/04/2024		$ 4.165.000,00
					$ -
Total del mes					**$ 8.330.000,00**
Saldo del contrato					**$ 41.670.000,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	$8.330.000,00
VALOR EN LETRAS :	OCHO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/CTE

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/04/01 y riesgos profesionales 2024/04/01 Planilla N° 7918101386 – correspondiente al mes de MARZO-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 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	$ 50.000.000,00	$ 8.330.000,00	$ 0,00	$ 41.670.000,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
AÑO XXXX	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
VALOR TOTAL	$ 50.000.000,00	$ 8.330.000,00	$ 0,00	$ 41.670.000,00
	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	N° Planilla	Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: MY. MD. Fabián Augusto Montoya Molina
NUMERO DE CEDULA: 16931969
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	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	2
Pago de Seguridad Social	X	2

NEURO LOR S.A.S

NEURO LOR S.A.S NIT 900922190
Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta 526

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764062448834 de 21/12/2023 - 21/12/2024 autoriza -501 a -600

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	30/04/2024 06:23
Fecha de Validación	30/04/2024 06:25
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Transferencia Crédito
Moneda	COP
Orden de Compra	#$15-19-00;CONTRATO027-2024;jchavez@homil.gov.co#$

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	NEURO LOR S.A.S
NIT	900922190
Obligación	IVA
Email	neurolorsas@gmail.com
Teléfono	2586338
Dirección	CR 16 127 B 43 TO 4 AP 902
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT	830040256
Obligación	IVA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	6013486886
Dirección	TR 3 N 49 02
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	ALQUILER EQUIPO ESTEREOTAXIA	cirugía de paciente Laura Valentina Rozo Rozo. TI # 1014870083. El día 24 abril 2024.	1	EA	$3,500,000.00	IVA 19%	$3,500,000.00	$4,165,000.00

1



Subtotal	$3,500,000.00
IVA 19%	$665,000.00
RETE FUENTE	-$140,000.00
RETE ICA	-$33,810.00
RETE IVA	-$99,750.00
Total a Pagar	$3,891,440.00

#$15-19-00;CONTRATO027-2024;jchavez@homil.gov.co#$
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE:
857f131696f467aca91943a7d33e86e342fd0f8f04d7c27e836c18e96fc0e0
6e9ee8e38a68d8cca4b3cd86f99725589a

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

NEURO LOR S.A.S

NEURO LOR S.A.S NIT 900922190
Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta 527

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764062448834 de 21/12/2023 - 21/12/2024 autoriza -501 a -600

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	30/04/2024 06:31
Fecha de Validación	30/04/2024 06:32
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Transferencia Crédito
Moneda	COP
Orden de Compra	#$15-19-00;CONTRATO027-2024;jchavez@homil.gov.co#$

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	NEURO LOR S.A.S
NIT	900922190
Obligación	IVA
Email	neurolorsas@gmail.com
Teléfono	2586338
Dirección	CR 16 127 B 43 TO 4 AP 902
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT	830040256
Obligación	IVA
Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Teléfono	6013486886
Dirección	TR 3 N 49 02
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	ALQUILER EQUIPO ESTEREOTAXIA	cirugía de paciente CAMILO ANDRES LOPEZ ACEVEDO. CC # 1057597333 El día 26 abril 2024.	1	EA	$3,500,000.00	IVA 19%	$3,500,000.00	$4,165,000.00

1

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
SP[RA] Marlen Sánchez Cruz
11 JUN 2024

Subtotal	$3,500,000.00
IVA 19%	$665,000.00
RETE FUENTE	-$140,000.00
RETE ICA	-$33,810.00
RETE IVA	-$99,750.00
Total a Pagar	**$3,891,440.00**

#$15-19-00;CONTRATO027-2024;jchavez@homil.gov.co#$
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE:
f4cd20edcaf0b523510332eeb88568efec2962523e97e846c58515b1b9b6f9ff4b895b279b3c2184bfeacd28a30ef753

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

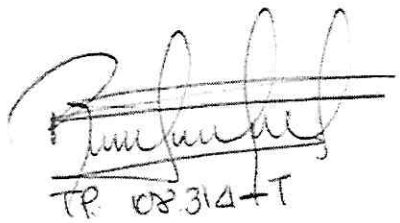
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURÍDICA

Yo, **RUBI MARCELA CASTRO MARTÍNEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.325.428**, y con Tarjeta Profesional No.**108314 - T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Contadora de NEUROLOR SAS identificada con NIT. **900.922.190-2**, luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Bogotá D.C., al primer (1) días del mes de abril de 2024.



RUBI MARCELA CASTRO MARTÍNEZ
CC. 52.325.428
T.P. 108314 – T

SOI | Pagos Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900922190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEURO LOR S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 # 127B -43 T 4	TELÉFONO:	6012586
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7918101386**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		547494084

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 416.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	2	**$ 325.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	2	$ 104.000
		SUBTOTAL:	2	**$ 104.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2	$ 20.400
		SUBTOTAL:	2	**$ 20.400**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	2	$ 52.000
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	2	$ 78.000
		SUBTOTAL:		**$ 130.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 995.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 995.400**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL, 24/04/2024

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **NEURO LOR SAS** con **NIT 900.922.190-2** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número 474100061446

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA