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:	4/07/2024				
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 JUNIO 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:	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.		AA105	4/07/2024	Horas Junio 2024	$ 376.732.800
					$ -
Total del mes					**$ 376.732.800**
Saldo del contrato					**$ 6.934.382.856,00**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO POR LA SUMA DE	
VALOR EN LETRAS :	**Trescientos Setenta y Seis Millones Setecientos Treinta y Dos Mil Ochocientos Pesos M/Cte**

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/06 y Riesgos profesionales 2024/06 Planilla correspondiente al mes de junio 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 Junio 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	$ 3.488.029.944,00	$ 0,00	$ 4.230.370.056,00
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	$ 3.588.029.944,00	$ 0,00	$ 6.934.382.856,00
	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		

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: 01/06/2024 hasta: 30/06/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	04	07	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA105

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	04/07/2024 12:14:40
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:	Julio 18 del 2024	**Hora emisión:**	12:14:38	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/07/2024				
Total de Lineas: 5					

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.565,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$108.150,00	$277.404.750,00
2	0002	104,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$108.150,00	$11.247.600,00
3	0002	516,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$139.050,00	$71.749.800,00
4	014	126,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$108.150,00	$13.626.900,00
5	0003	25,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$108.150,00	$2.703.750,00

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

SON: (trescientos setenta y seis millones setecientos treinta y dos mil ochocientos pesos)
CUFE: 0e46f433c8f44e71de07f07eed7b712bfa2935589f1b96a9fcede58232378baadb6822f6b4f5968f7be198e3737721a4

Subtotal:	$376.732.800,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$376.732.800,00
RetelCA:	$3.639.238,84
Neto Factura:	$373.093.561,16

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$376.732.800,00	0.966%	$3.639.238,84

Firma Digital: 0cl3RQBvzthJuht9usbgyT9i4SbEbupgZx7wN1bIdOzEldXFJfWiwpqGM/+LfX8T
+GGn6NBi1+Vbjli0j9QlUm0Tw+Zox7kUEUQYBnRGFnyPCcmq/X
qdJk+EMqCFVH47 q5+C75G1m9gDEwljSswCSRddQnQP/hc9t6+ISaUGnaSrOwDt9Kol4mHQXv2Tjqhw v6ZS02Btd3ulouemzFgw0ADSVSnyU80j8Ui
w75gqmch2E2jd2OnSU2i3wlDmUUny M/rs1VdEhny+t5GFSbfVAo2Va6WjtGwtfMjAt5QKw+F6WHIXunayx045EFNwtlEN N5hv+QDDMPExJxlfoDUY
dg==

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: 01/06/2024 hasta: 30/06/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

JORNADAS DEL 1 AL 30 JUNIO 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								10	10	60		2	62
2								10	10	60			60
3								10	10	60			60
4	5	2	2	1	2	2	0	4	18	108	6		114
5	5	2	2	2	2	2	2	4	21	126			126
6	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120			120
7	4	2	2	2	1	1	0	4	16	96		1	97
8								10	10	60			60
9								10	10	60			60
10								10	10	60			60
11	3	2	2	0	2	3	0	4	16	96		2	98
12	3	0	2	0	2	2	2	4	15	90		1	91
13	5	2	2	4	2	2	0	4	21	126		3	129
14	3	0	2	4	2	2	0	4	17	102		3	105
15								8	8	48			48
16								8	8	48			48
17	4	0	2	3	2	2	0	4	17	102	2	1	105
18	4	0	0	4	2	3	0	4	17	102		3	105
19	1	2	2	2	2	2	0	4	15	90	2	1	93
20	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120		4	124
21	2	0	2	2	2	3	0	4	15	90		2	92
22								4	4	24			24
23								8	8	48			48
24	4	0	2	4	2	0	0	4	16	96			96
25	2	0	0	3	2	2	0	4	13	78	6	8	92
26	6	0	0	1	2	2	2	4	17	102	6		108
27	4	2	2	6	6	2	0	4	26	156		2	158
28	3	2	1	2	2	2	0	4	16	96	3		99
29								10	10	60			60
30								8	8	48			48
31									0	0			0
									0	0			0
									0	0			0
									422	2532	25	33	2590
ONIBILIDADES CARDIO ($108,150)													126
HORAS DOLOR ($139,050)													516
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150)													104
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3336

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DR JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

Bogotá D.C, 04 Julio 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 04 julio 2024

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC Nº 1.010.195.913
Representante Legal