HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	16/07/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ABRIL
No. de Contrato:	472-2023			VALOR	$ 10.522.412.800,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-099-2023-HOMIL						
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ANESTESIOLOGIA Y CLINICA DE DOLOR PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	ASOCIACION ASA			NIT/ CC	900.477.822-1		
Clase de Contrato	Prestación de servicios			Modalidad de Contratación	Selección abreviada menor cuantía		
Cuenta Bancaria No.	24028366627	Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta:	Ahorros	x	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101214879	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	22/12/2023		

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO 2023	126723	14/09/2023	4868		480123	26/12/2023					
VIGENCIA AÑO 2024	93724	9/01/2024			93724	9/01/2024	AA-107	16/07/2024	Productividad Abril 2024		$ 742.641.056,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											742.641.056,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Setecientos cuarenta y dos millones seiscientos cuarenta y un mil cincuenta y seis pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO 2023	100.000.000			$ 100.000.000,00	0
VIGENCIA AÑO 2024	7.718.400.000			$ 4.766.371.560,00	$ 2.952.028.440,00
VIGENCIA AÑO 2025	2.704.012.800				$ 2.704.012.800,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 10.522.412.800,00	$ -	$ -	$ 4.866.371.560,00	$ 5.656.041.240,00

Nombre del Supervisor LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO	Fecha de notificación: 21/12/2023
Plazo de ejecución 17 MESES	FECHA DE INICIO: 27/12/2023 — FECHA DE TERMINACION: 30/04/2025
Vigencia del Contrato: 2024	
Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/04 y riesgos profesionales 2024/0 Planilla N° 9465427651 – correspondiente al mes de 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

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

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	**LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARQUEZ**
NÚMERO DE CEDULA:	**45762428**
CELULAR :	Lmunoz@homilgov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00004-202419448-HMC Id: 337861
Folios: 2 Fecha: 2024-07-16 13:49:10
Anexos: 1 DIGITAL, 1 DIGITAL,
Remitente: UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION - UCHF
Destinatario: CUIDADO CRITICO - CCRI

Bogotá, D.C.,

Doctora
Lilian Muñoz Marrugo
Supervisor de Contrato No. 472-2023
Hospital Militar Central

Asunto: Oficio de revisión informe de producción del periodo de abril de 2024, ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA Nit. 900477822, Contrato No 472-2023, servicios de Anestesiología.

De manera atenta nos permitimos informar que la Doctora Lilian, se realizó la auditoría del Informe de Producción entregado por el Contratista ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA, respecto a la facturación del Hospital Militar Central correspondiente al periodo de abril de 2024. Durante la auditoría, ciento nueve (109) ítem presentaron observaciones según acta de conciliación del día 11 de julio de 2024 (se adjunta copia de acta e informe de Producción en Excel con novedades).

Se verificó que los demás servicios relacionados fueron facturados en el sistema Dinámica Gerencial o que en su defecto el contratista entregó el soporte respectivo a la Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación. El total de la producción presentada inicialmente por la ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA, corresponde a $ 975.413.988.oo. Una vez realizada la auditoría, se presentó una objeción inicial por valor de $ 63.367.853.oo.

Posteriormente, **en la conciliación de glosa entre las partes, ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA, aceptó una glosa definitiva por valor de $ 62.179.803.oo antes de participación.** En consecuencia el total de la producción del mes arroja un valor de $ 913.234.185.oo. Finalmente, la ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR ASA indica que sobre esa producción le correspondería como participación un total de $ 742.641.056.oo.

Solo resta que dicho monto sea revisado y verificado por parte de los Supervisores competentes, así como los porcentajes y montos de participación que le corresponden al Contratista por cada Servicio, de acuerdo a las condiciones pactadas en el Contrato.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00004-202419448-HMC Id: 337861
Folios: 2 Fecha: 2024-07-16 13:49:10
Anexos: 1 DIGITAL, 1 DIGITAL,
Remitente: UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION - UCHF
Destinatario: CUIDADO CRITICO - CCRI

De presentarse glosa por parte de la Auditoria Medica de la Dirección General de Sanidad Militar les será reportada para trámite pertinente.

Atentamente,

Doctora Marta Edy Ariza Mateus
Jefe de Unidad Seguridad y Defensa
Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación

Derly Yohana Bernal Gallo
Auditor Financiero UCHF

Anexos: Informe de Producción Revisado y Acta de Conciliación

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	16	07	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA107

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	16/07/2024 16:09:49
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 30 del 2024	**Hora emisión:**	16:09:54-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	30/07/2024				

Total de Lineas: 1

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0005	1,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA PRODUCTIVIDAD PRODUCTIVIDAD ABRIL 2024	WSD				$742.641.056,00	$742.641.056,00

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

SON: (setecientos cuarenta y dos millones seiscientos cuarenta y un mil cincuenta y seis pesos)
CUFE: c68b8ce81820df2f0ea029b81854ead03538f37124e2dbe6be6f36d08b4216e59869f86de053e212818cb612763a5ba4

Subtotal:	$742.641.056,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$742.641.056,00
RetelCA:	$7.173.912,60
Neto Factura:	$735.467.143,40

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
	RETENCIONES		
07 RetelCA	$742.641.056,00	0.966%	$7.173.912,60

Firma Digital: agnc4XCzyBDNPJVDoyowSTQzEwybi5AqF1SQS6n3oL41PE347U35JL2w7yfs1NWc
J6jlNt+wEzw2+JI27NmEghmK+NstXNYnzhi6aTfsN9SU43B4/L
RLphTypJHhAguc AeR7fgqk/Creyzyn858FFUHCU0Dlc+ZAMazruYbFQTSiiK9GbZaeW/Cl2Utu7Cyc Pg00e6OCB1a1E7uQJn0Gcq8DMlSPgixQUq8
VyknUsNqb6HRZJDIIHgJit8Z3xrxK 0umeWUfZvugI7ldarR6cVikcUHObj2QefIlR5k83q17dYkz8L0q3HoJZiXXGWBQt 4hAdPth4RHgsQRVoH8di
tQ==

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, 17 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 17 julio 2024

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal