| 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: | 4/09/2024 | INFORME DE SUPERVISOR | | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | restación 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 2024 | 93724 | 9/01/2024 | | | 93724 | 9/01/2024 | AA-111 | 4/09/2024 | Horas Agosto 2024 | | $ 400.433.100,00 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | 400.433.100,00 |

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** Cuatrocientos millones cuatrocientos treinta y tres mil cien 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 | | | $ 6.850.870.963,00 | $ 867.529.037,00 |
| VIGENCIA AÑO 2025 | 2.704.012.800 | | | | $ 2.704.012.800,00 |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| | | | | | $ - |
| TOTAL CONTRATO | $ 10.522.412.800,00 | $ - | $ - | $ 6.950.870.963,00 | $ 3.571.541.837,00 |

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

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/06 y riesgos profesionales 2024/06 – correspondiente al mes de Junio 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); 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 | 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

| 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): Facturacion de productividad del mes de agosto 2024 en revision en el area de facturacion.

**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.

| INFORMACION GENERAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad | N° Planilla | Fecha de pago | SALUD | | PENSIÓN | RIESGOS PROFESIONALES | |
| | | | E | 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 MARRUGO** | |
| **NÚMERO DE CEDULA:** | **45762428** | |
| **CELULAR :** | | **CORREO: Lmunoz@homil.gov.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 | |

# 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: 01/08/2024 hasta: 31/08/2024.**

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Bogotá | 04 | 09 | 2024 |

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**N° AA111**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cliente:** | HOSPITAL MILITAR CENTRAL | **NIT:** | 830040256-0 | **Fecha de firmado:** | 04/09/2024 15:37:21 |
| **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:** | Septiembre 18 del 2024 | **Hora emisión:** | 15:37:19-05:00 | **Moneda:** | COP Colombia, Pesos |
| **Fecha de pago:** | 18/09/2024 | | | | |

**Total de Lineas:** 5

| # | CÓDIGO | CANT | DESCRIPCIÓN | U. M. | IMPUESTOS | | | VR UNIT. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 0001 | 2.704,00 | PROCESO DE ANESTESIOLOGIA | HUR | | | | $108.150,00 | $292.437.600,00 |
| 2 | 0002 | 132,00 | PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR | HUR | | | | $108.150,00 | $14.275.800,00 |
| 3 | 0002 | 576,00 | PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR | HUR | | | | $139.050,00 | $80.092.800,00 |
| 4 | 014 | 114,00 | PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD | HUR | | | | $108.150,00 | $12.329.100,00 |
| 5 | 0003 | 12,00 | PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO | HUR | | | | $108.150,00 | $1.297.800,00 |

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

**SON**: (cuatrocientos millones cuatrocientos treinta y tres mil cien pesos )
**CUFE**: 9f17e1998be6a11f1e6b07b98f2cc781582af111a0f78cbe79316ba42a594e7901d32e43ecd7bd1e20a96c5edad0beea

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $400.433.100,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $400.433.100,00 |
| **RetelCA:** | $3.868.183,76 |
| **Neto Factura:** | $396.564.916,24 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA / VALOR NOMINAL | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 07 RetelCA | $400.433.100,00 | 0.966% | $3.868.183,76 |

SEAC
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
09 SEP 2024
Angelica Martinez S.
10:12 am

**Firma Digital:** YT/EggUxTlcyOKjys/EczJxK95cfXiWmem99JwCerEP5wOuQzLC1vjUyhta20foo
Yqgn+P01zwm6kC373HK58c7l/ZMVHVKwsrfUSbs0R7khxnASMS
rGjlhW5f8Q9Cno PsxjVsitHuIDB/Vw+Hx3xfLZ/M4zgm7HkDgbZ0k7rbCmlQFMhckVI6387VnT6FHE QOe5LC2/dzmJ7TDMcsL8EEpydsksH8lOKM
bsZq04RtjYLIGlrDZ9evR07tLvn37 FIlsFDxXsoHnCu/nLY0ezS519ZFRN1QY9nF5rjGWglyRhWPvL3WqWh4jWEt+6jkq mq8ZT9GrrZQ46p3cLbO7
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: 01/08/2024 hasta: 31/08/2024.**

**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

JORNADAS DEL 1 AL 31 AGOSTO 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 | 5 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 0 | 4 | 20 | 120 | 6 | | 126 |
| | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 4 | 16 | 96 | | 1 | 97 |
| | 3 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | 2 | 62 |
| | 4 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| | 5 | 5 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 | 15 | 90 | | 3 | 93 |
| | 6 | 5 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 | 17 | 102 | | 2 | 104 |
| | 7 | | | | | | | | 8 | 8 | 48 | | | 48 |
| | 8 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 22 | 132 | | | 132 |
| | 9 | 4 | 0 | 0 | 4 | 2 | 2 | 0 | 4 | 16 | 96 | | | 96 |
| | 10 | | | | | | | | 6 | 6 | 36 | | | 36 |
| | 11 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| | 12 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 0 | 4 | 15 | 90 | | 3 | 93 |
| | 13 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0 | 4 | 18 | 108 | | 2 | 110 |
| | 14 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 20 | 120 | | | 120 |
| | 15 | 4 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 0 | 4 | 21 | 126 | | 1 | 127 |
| | 16 | 4 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 16 | 96 | | 1 | 97 |
| | 17 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| | 18 | | | | | | | | 10 | 10 | 60 | | | 60 |
| | 19 | | | | | | | | 8 | 8 | 48 | | | 48 |
| | 20 | 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 16 | 96 | | 2 | 98 |
| | 21 | 5 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 18 | 108 | | 2 | 110 |
| | 22 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 18 | 108 | | 1 | 109 |
| | 23 | 4 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 4 | 15 | 90 | 6 | 3 | 99 |
| | 24 | | | | | | | | 8 | 8 | 48 | | | 48 |
| | 25 | | | | | | | | 8 | 8 | 48 | | | 48 |
| | 26 | 4 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 4 | 15 | 90 | | 2 | 92 |
| | 27 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 4 | 15 | 90 | | | 90 |
| | 28 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 20 | 120 | | | 120 |
| | 29 | 5 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 23 | 138 | | | 138 |
| | 30 | 4 | 0 | 0 | 4 | 2 | 2 | 0 | 4 | 16 | 96 | | 3 | 99 |
| | 31 | | | | | | | | 6 | 6 | 36 | | | 36 |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | 0 |
| | | | | | | | | | | 446 | 2676 | 12 | 28 | 2716 |
| ONIBILIDADES CARDIO ($108,150) | | | | | | | | | | | | | | 114 |
| HORAS DOLOR ($139,050) | | | | | | | | | | | | | | 576 |
| HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150) | | | | | | | | | | | | | | 132 |
| GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | 3538 |

DRA LILIAN MUÑOZ MADRUGO
Supervisor Contrato

DR JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

ASOCIACIÓN DE ANESTESIA Y DOLOR
Nit: 900.477.822-1

Bogotá D.C, 04 Septiembre 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 Septiembre 2024

Atentamente.

**JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA**
**CC N° 1.010.195.913**
**Representante Legal**

Dirección: Kr. 9 A 17 – 55 Sur Piso 2
Tels: 7 046446 / 318 2917212
E-mail: asociacion-asa@hotmail.com