1856324

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	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	6/11/2024	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE
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 2024	93724	9/01/2024			93724	9/01/2024	AA-115	6/11/2024	Horas Octubre 2024		$ 423.669.900,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											423.669.900,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Cuatrocientos veintitrés millones seiscientos sesenta y nueve mil novecientos 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	3.200.000.000,00		$ 9.022.481.709,00	$ 1.895.918.291,00
VIGENCIA AÑO 2025	2.704.012.800				$ 2.704.012.800,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 10.522.412.800,00	$ 3.200.000.000,00	$ -	$ 9.122.481.709,00	$ 4.599.931.091,00

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 2024/10 y riesgos profesionales 2024/10 – correspondiente al mes de Octubre en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Octubre); 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

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	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	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 MARROQUIN	
NÚMERO DE CEDULA:	45762428	
CELULAR :		**CORREO:** Lmunoz@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº 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: 01/10/2024 hasta: 31/10/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	06	11	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA115

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	06/11/2024 16:27:30
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:	Noviembre 20 del 2024	**Hora emisión:**	16:27:28-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	20/11/2024				
Total de Lineas:	5				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.968,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$108.150,00	$320.989.200,00
2	0002	86,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$108.150,00	$9.300.900,00
3	0002	558,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$139.050,00	$77.589.900,00
4	014	108,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$108.150,00	$11.680.200,00
5	0003	38,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$108.150,00	$4.109.700,00

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

SON: (cuatrocientos veintitres millones seiscientos sesenta y nueve mil novecientos pesos)
CUFE: 1947517e27f4772e8f81e68c6f2e23a15183546d8ab1342c3b37c58580cad2a855caa43f8fce47db6b844d062dfc481d

Subtotal:	$423.669.900,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$423.669.900,00
RetelCA:	$4.092.651,22
Neto Factura:	$419.577.248,78

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$423.669.900,00	0.966%	$4.092.651,22

S E A C
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
12 NOV 2024

Firma Digital: X43NiKoJ+s9OFsGO5sBCcPSZTmllql3JyrOKfL14c1NPJe2/R07sFnXaQbg6ildP 1jfaZCjnWyjYbuWzQU9AkxllWcm9KCK06fS33xgh4dojL5382O HACfwD/k60Q0NI SUDVx6XEXvr5YjEKf+xNiKfAdve+ma3n6v4lx5y3wopNCogQoAS9fVm76WdJNA0/ CvZx7mSPwG4goDsPoZX+YbFreh422/Ru1+N f6B1oRjH7KA/aerHS3VvXisrl9erB 5JPjv8ZdweUC/dNzCPLzy9lu9hNq18vGYD53S+Bk/QjqB06u3GANv6Kr/DSR+TY6 9Q81/uhNYvGfOGRH1zaB xw==

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: 01/10/2024 hasta: 31/10/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

JORNADAS DEL 1 AL 31 OCTUBRE 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	0	2	3	2	2	0	4	17	102	6	16	124
2	4	0	0	3	2	3	2	4	18	108	4	6	118
3	4	2	2	7	2	2	0	4	23	138		3	141
4	4	2	0	2	2	2	1	4	17	102		2	104
5								6	6	36			36
6								6	6	36			36
7	6	0	2	3	2	2	0	4	19	114		4	118
8	4	0	2	0	2	3	0	4	15	90		2	92
9	6	2	2	1	2	2	0	4	19	114	6		120
10	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120			120
11	3	2	2	2	2	2	0	4	17	102		7	109
12								10	10	60			60
13								10	10	60			60
14								10	10	60			60
15	5	0	2	2	2	3	0	4	18	108		3	111
16	6	0	2	1	2	2	2	4	19	114	3	1	118
17	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120			120
18	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120	9	1	130
19								8	8	48			48
20								8	8	48			48
21	3	0	2	3	2	2	0	4	16	96		5	101
22	5	2	0	1	2	0	0	4	14	84	6		90
23	5	2	2	1	2	2	2	4	20	120	3	1	124
24	4	2	2	4	2	2	2	4	22	132			132
25	7	0	2	3	1	2	0	4	19	114		2	116
26								10	10	60			60
27								10	10	60			60
28	5	2	2	3	1	2	0	4	19	114		7	121
29	2	0	2	2	2	2	2	4	16	96		1	97
30	5	0	2	1	2	2	1	4	17	102	1	9	112
31	4	2	2	4	2	2	0	4	20	120			120
									0	0			0
									0	0			0
									483	2898	38	70	3006
ONIBILIDADES CARDIO ($108,150)													108
HORAS DOLOR ($139,050)													558
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150)													86
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3758

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DR. JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

Bogotá D.C, 06 NOVIEMBRE 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 06 NOVIEMBRE 2024

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal