HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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:	4/12/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	NOVIEMBRE
No. de Contrato:	472-2023			VALOR	$ 10.522.412.800,00		
Nº 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-117	4/12/2024	Horas Noviembre 2024		$ 398.548.200,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											398.548.200,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Trescientos noventa y ocho millones quinientos cuarenta y ocho mil doscientos 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		$ 10.033.185.821,00	$ 885.214.179,00
VIGENCIA AÑO 2025	2.704.012.800				$ 2.704.012.800,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 10.522.412.800,00	$ 3.200.000.000,00	$ -	$ 10.133.185.821,00	$ 3.589.226.979,00

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 2024/11 y riesgos profesionales 2024/11 – correspondiente al mes de Noviembre
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Noviembre); 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	N° 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 MARRUGO**	
NÚMERO DE CEDULA:	**45762428**	
CELULAR :		**CORREO: Lmunoz@gmail.com**

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: 01/11/2024 hasta: 30/11/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	04	12	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA117

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256-0	**Fecha de firmado:**	04/12/2024 12:49:27
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:	Diciembre 18 del 2024	**Hora emisión:**	12:49:25-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/12/2024				

Total de Lineas: 5

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.647,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$108.150,00	$286.273.050,00
2	0002	126,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$108.150,00	$13.626.900,00
3	0002	606,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$139.050,00	$84.264.300,00
4	014	114,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$108.150,00	$12.329.100,00
5	0003	19,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$108.150,00	$2.054.850,00

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

SON: (trescientos noventa y ocho millones quinientos cuarenta y ocho mil doscientos pesos)
CUFE: 3fa810d0b5723d7983bd3fb7fae86e4d0bc93947866208506775ffedc1213e5103573e40fed806862454e53089591791

Subtotal:	$398.548.200,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$398.548.200,00
RetelCA:	$3.849.975,61
Neto Factura:	$394.698.224,39

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$398.548.200,00	0.966%	$3.849.975,61

Firma Digital: gK6eofVPsJSdFePBfDJP0oNzjmrZ9TFc4FN5JEUqiQB8NqZika5zBo6rwib2NPcm
UpPVXlRxTlSm74E/lhgI3+4V/kX+9Pzec8lBeAVpTvWBY5tBzc
rja6h9rhK1Chh4 qZ68hhuzd0km3l0EdzBCr/Mg1qy0e7MR4PVLyXU8yuXekw35m4yiGMGuAKk+tFtD SewEeadpnvhOU6oknO7zB7Z8XOHMMzBpDe1
nDkBEdcKOUoam1nvHEnq+17WCjY6Z eJmow5ES4YnVHbmz8wlKFusWwvjHzydUQYuJiGHxKqZdCaxSuUXobgkTB/3lAWRf pQG32luQvGUXKRui69qv
fg==

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: 01/11/2024 hasta: 30/11/2024.

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 30 NOVIEMBRE 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	0	2	2	2	0	4	14	84		6	90
2								10	10	60			60
3								8	8	48			48
4								10	10	60			60
5	4	1	1	0	2	2	0	4	14	84		1	85
6	6	2	2	2	1	3	2	4	22	132			132
7	4	0	2	6	2	1	0	4	19	114			114
8	3	2	1	4	2	2	0	4	18	108	2	2	112
9								10	10	60			60
10								10	10	60			60
11								10	10	60			60
12	5	0	0	2	2	2	0	4	15	90		5	95
13	4	2	1	2	2	3	0	4	18	108	2		110
14	4	2	2	6	2	2	2	4	24	144		8	152
15	4	0	0	4	2	2	0	4	16	96	5	1	102
16								6	6	36		1	37
17								8	8	48			48
18	4	2	2	3	2	2	0	4	19	114			114
19	5	0	2	2	2	0	0	4	15	90	6	9	105
20	4	2	2	1	2	3	2	4	20	120			120
21	5	2	0	3	2	2	0	4	18	108		3	111
22	4	2	0	2	2	2	0	4	16	96	2		98
23								10	10	60		1	61
24								8	8	48			48
25	5	0	2	3	2	2	0	4	18	108			108
26	5	2	0	2	2	2	0	4	17	102			102
27	2	0	2	2	2	3	2	4	17	102		4	106
28	4	2	2	5	2	0	0	4	19	114	2	1	117
29	5	1	0	3	2	0	0	4	15	90		1	91
30								10	10	60			60
31									0	0			0
									0	0			0
									0	0			0
									434	2604	19	43	2666
ONIBILIDADES CARDIO ($108,150)													114
HORAS DOLOR ($139,050)													606
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150)													126
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3512

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DR JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

Bogotá D.C, 04 DICIEMBRE 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 DICIEMBRE 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