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:	6/02/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ENERO
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: Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
VIGENCIA AÑO 2025	18125	8/01/2025	181	8/01/2025	15625	8/01/2025	AA-122	6/02/2025	Horas Enero 2025		$ 421.566.323,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											421.566.323,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: ((cuatrocientos veintiun millones quinientos sesenta y seis mil trescientos veintitres 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	3.800.000.000,00		$ 11.518.400.000,00	$ -
VIGENCIA AÑO 2025	2.704.012.800			$ 635.996.052,00	$ 2.068.016.748,00
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
					$ -
TOTAL CONTRATO	$ 10.522.412.800,00	$ 3.800.000.000,00	$ -	$ 12.254.396.052,00	$ 2.068.016.748,00

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 2025/01 y riesgos profesionales 2025/01– correspondiente al mes de Enero
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (Enero); 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.

INFORMACION 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 MARRUGO
NÚMERO DE CEDULA:	45762428
CELULAR :	**CORREO:** lmuñoz@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: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	06	02	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° AA122

Cliente: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección: TV 3 49 02
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Vencimiento: Febrero 17 del 2025
Fecha de pago: 17/02/2025
Total de Lineas: 5

NIT: 830040256-0
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 15:09:43-05:00

Fecha de firmado: 06/02/2025 15:09:47
Teléfono: 3486868
Medio de pago: Transferencia Crédito Bancario
Moneda: COP Colombia, Pesos

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	0001	2.656,00	PROCESO DE ANESTESIOLOGIA	HUR				$111.395,00	$295.865.120,00
2	0002	132,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$111.395,00	$14.704.140,00
3	0002	684,00	PROCESO INTEGRAL DE CLINICA DE DOLOR	HUR				$143.222,00	$97.963.848,00
4	014	111,00	PROCESO CARDIO DISPONIBILIDAD	HUR				$111.395,00	$12.364.845,00
5	0003	6,00	PROCESO INTEGRAL DE ELECTRO Y HEMO	HUR				$111.395,00	$668.370,00

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

SON: (cuatrocientos veintiun millones quinientos sesenta y seis mil trescientos veintitres pesos)
CUFE: 2b5a8a3a2c5a57a7742b18b22610656806b6531ca97249491af154384a21dd827c3be90c9f479b8e45948a9e2b9a3121

Subtotal:	$421.566.323,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$421.566.323,00
RetelCA:	$4.072.330,67
Neto Factura:	$417.493.992,33

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$421.566.323,00	0.966%	$4.072.330,67

Firma Digital: hwPsOYla2TLdKlAibtsReYvgB4qd5LcJAmdg+fp8PKlJHlxlr33OlMzyDTZHTpZv
SN8HjSCHYUStClYyN1CCLab/0lB3OYdZsbs8PAxpKYOPOhSjPO
f71vmxG2lgohi6 he/+kvqwgWqnqLk9KFOnlxtdRWYJjVTGYyqzD8jGe+N/lbUxQTojfGUDakOXfZxM 8V/aQyMwj+DRLzpuC8KtCGbMh2Ti9fyduld
Le1ZAT3iJaPasOCrHpM23l+hZUPh+ 3GNLCX+cbPHRtG5e5bk5jd1ReoTgCSCb5jyNU1+mdgycttR//A27hdlJhqHcTtYA VMJWjM9KsHhA0fbQ7+WB
KA==

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: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

JORNADAS DEL 1 AL 31 ENERO 2025

FECHA	URGENCIAS	MATERNIDAD	RECUPERACION	CONSULTA EXT	INTERC	SEDACIONES	RESONANCIAS	TURNO NOCTURNO	TOTAL JORNADAS	TOTAL HORAS	HORAS ELECTROF	HORAS EXT NOCT	GRAN TOTAL HORAS
1								8	8	48			48
2	2	2	2	4	2	0	1	4	17	102			102
3	2	0	0	2	2	0	0	4	10	60			60
4								8	8	48			48
5								10	10	60			60
6								10	10	60			60
7	2	2	0	0	2	2	0	4	12	72		2	74
8	2	0	2	2	0	3	1	4	14	84			84
9	5	2	2	6	2	2	0	4	23	138			138
10	4	2	1	2	2	0	0	4	15	90			90
11								8	8	48			48
12								8	8	48			48
13	4	0	2	3	2	2	0	4	17	102			102
14	4	0	1	2	2	1	0	4	14	84		4	88
15	5	2	0	1	1	2	1	4	16	96		3	99
16	4	2	2	5	2	2	0	4	21	126		2	128
17	4	0	0	3	2	2	0	4	15	90		3	93
18								8	8	48		3	51
19								8	8	48			48
20	4	2	2	3	1	2	0	4	18	108		2	110
21	3	0	1	2	2	2	0	4	14	84	6		90
22	2	0	2	0	2	3	2	4	15	90		5	95
23	4	0	2	6	2	2	0	4	20	120			120
24	5	2	0	4	2	2	0	4	19	114		3	117
25								10	10	60			60
26								10	10	60			60
27	4	0	2	3	2	2	0	4	17	102		7	109
28	5	0	0	2	2	2	0	4	15	90		6	96
29	4	2	2	0	2	3	2	4	19	114			114
30	4	2	2	6	2	2	0	4	22	132			132
31	4	0	0	3	2	2	0	4	15	90			90
									0	0			0
									0	0			0
									436	2616	6	40	2662
ONIBILIDADES CARDIO ($108,150)													111
HORAS DOLOR ($139,050)													684
HORAS DOLOR -ANESTESIA ($108,150)													132
GRAN TOTAL HORAS ANESTESIA													3589

DRA LILIAN MUÑOZ MARRUGO
Supervisor Contrato

DR JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
Representante legal

Bogotá D.C, 06 Febrero 2025

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 de Febrero 2025

Atentamente.

JUAN SEBASTIAN CORREA ESTEPA
CC N° 1.010.195.913
Representante Legal