Id 38448

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:	7/02/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	dic-24
No. de Contrato:	312/2022			VALOR	$ 1.299.216.943,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SASS-113-2022-HOMIL						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGIA GENERAL, INMUNOLOGIA PEDIATRICA, CIRUGIA ONCOLOGICA, DERMATOLOGIA PEDIATRICA PARA EL CUBRIMIENTO DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL						
Nombre de Contratista	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA			NIT/ CC	900789891-7		
Clase de Contrato	OTRO			Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD		
Cuenta Bancaria No.	474100059697	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	X	Corriente
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	15-44-101271881	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	23/11/2024		

VIGENCIA	INFORMACION PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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 2025	3525	7/01/2025	N/A	N/A	3525	7/01/2025	CMDE693	13/01/2025			$ 37.862.550,00
							NCCM104	3/02/2025			$ 1.820.010,00
							CMDE703	7/02/2025			$ 862.110,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 36.904.650,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2022	$ 36.180.000,00	$ -	$ -	$ 36.180.000,00	$ -
VIGENCIA 2023	$ 338.768.000,00		$ -	$ 338.768.000,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 348.931.040,00	$ 30.000.000,00	$ -	$ 378.931.040,00	$ -
VIGENCIA 2025	$ 359.398.966,00	$ -	$ -	$ 34.128.500,00	$ 325.270.466,00
VIGENCIA 2026	$ 215.938.937,00	$ -	$ -	$ -	$ 215.938.937,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.299.216.943,00	$ 30.000.000,00	$ -	$ 788.007.540,00	$ 541.209.403,00

Nombre del Supervisor : MAYOR LIGIA ROCIO MENDEZ GAVIRIA		Fecha de notificación: 15/11/2022
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Vigencia del Contrato:	1/12/2022	31/07/2026
Prorrogas:	Plazo de ejecución y seis meses más	
	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/013 y riesgos profesionales 2025/01/13 Planilla N° 9480183129-- correspondiente al mes de DICIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBRE); 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	NUMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (nuevo/ mantenencia o reparación)	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 CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE 2024

07 FEB 2025
12:00

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: MAYOR LIGIA ROCIO MENDEZ GAVIRIA		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	52.835.271		
CELULAR : 3103156351		CORREO: Lmendez@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA

Correo: corp-med@hotmail.com

NIT 900789891-7
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764075476190
Fecha 22/07/2024 - 22/07/2025
Autorización de Facturación Electrónica del CMDE609 CMDE1000
Email: Corp-med@hotmail.com
Teléfono: 7046446
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	13	01	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE693

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	NIT:	830040256	Fecha de firmado:	13/01/2025 11:01:10
Dirección:	TV 3 49 02	Departamento:	Bogotá	Teléfono:	3486868
Email:	silfnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co	Forma de Pago:	Credito	Medio de pago:	Transferencia Crédito Bancario
Vencimiento:	Enero 27 del 2025	Hora emisión:	11:01:08-05:00	Moneda:	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	27/01/2025				

Total de Lineas: 3

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	009	1.00	PROCESO DE DERMATOLOGIA	WSD				$23.171.910,00	$23.171.910,
2	011	1.00	PROCESO DE INMUNODERMATOLOGIA	WSD				$1.532.640,00	$1.532.640,
3	021	1.00	PROCESO PRODUCTIVIDAD DERMATOLOGIA	WSD				$13.158.000,00	$13.158.000,

Notas:
15-19-00-312-2022 jchavez@mmil.gov.co

SON: (treinta y siete millones ochocientos sesenta y dos mil quinientos cincuenta pesos)
CUFE: cfc0c83f6252d2ccca703b064b895a8744fc931bd1a7abab39a1beec0b7757713df09ba2bc7f78c38ce3f2e061a0dd69c

Subtotal:	$37.862.550,
Cargos:	$0.
Descuento:	$0.
Total:	$37.862.550,
RetelCA:	$365.752,
Neto Factura:	$37.496.798,

IMPUESTO	BASE	TARIFA	VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES				
07 RetelCA	$37.862.550,00		0.966%	$365.752,0

SEAL
VISADO FACTURA

21 JAN 2025

FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TITULO DE RENTA DEBIDO A QUE SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO CALIFICADA ANTE LA DIA

Firma Digital: Fmvu2NzTuEu3Ocm86zZNpbmcwjThq4YwC3HCvyeXJu0GzROSIL0GjtTzkXouc/1vSmPaCQ1nFtdeMxkybOHmx8JfRxqPCqlbr66RZUA1Abxwvjo
eMPBM9PdFvCQ/dUACjV0LFmBm3TIKUOauW4Rd7eE6Fdrwe/chOxdelxBwjqOuBkRvCuBcW/nkcNuLVv8o4QHCRUVDIbRq8c/sgCQA2wDQ
v5ADFD4RV2zRFSunsrfbnhTECPM/ipiyx5ZHDYINTmoXqyOc0WaYPaC0uPuUEx6umWkDEACOJC5NVx6gw0TY9/z6JJ364hOu2qG39yYST6
WQ==

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: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA

Correo: corp-med@hotmail.com

NIT 900789891-7
Régimen No responsable de IVA

Email: Corp-med@hotmail.com
Teléfono: 7046446
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	03	02	2025

NOTA CRÉDITO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **N° NCCM104**

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	03/02/2025 14:54:39
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:	Febrero 03 del 2025	**Hora emisión:**	14:54:34-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	03/02/2025				
Total de Lineas: 1					

DOCUMENTOS RELACIONADOS

No.:	CMDE693	**Tipo:**	Factura	**Fecha:**	13/01/2025
CUFE / CUDE:	cfc0c83f6252d2ccca703b064b695a37441c931bd1b7abad39a1beed0b778713df09ba2bc7f78c38ce3f2e061d0dd69d				

CONCEPTOS DE LA NOTA

Código	Descripción
1 - Devolución parcial de los bienes y/o no aceptación parcial del servicio	Mayor valor facturado

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	009	1,00	PROCESO DE DERMATOLOGIA	WSD				$1.820.010,00	$1.820.010,00

Notas:
15-19-00;312-2022;jchavez@homil.gov.co

SON: (Un millon ochocientos veinte mil diez pesos)
CUDE: c7a1150132910b5e14e75e7b6a7e4511a1b5af4fb75e5564b0d32fe30ff47cb0a0e6948e74ca1db15279a6a4ada00171

Subtotal:	$1.820.010,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$1.820.010,00

SEAC
VISADO FACTURA

07 FEB 2025

FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TITULO DE RENTA DEBIDO A QUE SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO CALIFICADA ANTE LA DIAN

Firma Digital: Sfz6ggXemWci2AkrgnoqxMCjCo0En+OnkWUrOpvqX4+Nj5BS7HdR2aA0elC433HH
aRoqmJuilQD07Dlg5kzFbZ2Hia7qbn2QnYG4sj5SUEnml3/XoU
JiGLq5RhfY3NUa KSXxQ7lXsOiWYfCH6Vj1l8V1P9Fmi6/TRMnzcb11B7sONyLW98zQHt1hLdwwZAhN 0eu18OBKTrQZCEpZ+q137ubZAHiTBOEXsLX
2Vl5Z56+j992jHAKxRXYnPVqZcT+O W6vM5+sPjJjBHRbKNbwspVMRuWCOB8NYfBW76xZC2WRLgBmjxohKt2JTgMjPWTrH gAJ9z5sRx1Q/SAevImI5
rA==

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Representación Gráfica de la Nota de Credito Electrónica.

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA

Correo: corp-med@hotmail.com

NIT 900789891-7 .
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764075476190
Fecha 22/07/2024 - 22/07/2025
Autorización de Facturación Electrónica del CMDE609 al CMDE1000
Email: Corp-med@hotmail.com
Teléfono: 7046446
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	07	02	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE703

Cliente: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección: TV 3 49 02
Email: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Vencimiento: Diciembre 17 del 2024
Fecha de pago: 17/12/2024
Total de Líneas: 1

NIT: 830040256
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 08:02:45-05:00

Fecha de firmado: 07/02/2025 08:02:48
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	009	1,00	PROCESO DE DERMATOLOGIA	WSD				$862.110,00	$862.110,00

Notas:
15-19-00:312-2022:jchavez@homil.gov.co

SON: (ochocientos sesenta y dos mil ciento diez pesos)
CUFE: 5c20651274be5941552f12d9c13c7aca9c96cf624beb6c633066e69bcaee2601209b8a75ade18bb98371c35c03a2423a

Subtotal:	$862.110,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$862.110,00
RetelCA:	$8.328,00
Neto Factura:	$853.782,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$862.110,00	0.966%	$8.328,00

VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
07 FEB 2025

FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TITULO DE RENTA DEBIDO A QUE SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO CALIFICADA ANTE LA DIAN

Firma Digital: tNQ9fKWFT7sCa4dBiisxZgXJXSzf5c99cdUdjb/zkX5FjUCw/l7D/LBUdlzC1VvV
mX5NHQuLxY5U0u33b7wZ2O2NSXRjKGRm4HiRIzaNcsf0N6QiJJ
3+vDgnTZxZl70K GyiyodFVeRirqY0He4sViLbYNHiVau80lamHw71hQkEHwvrgo38M5nnqGckNG7LO mEDVcXLN8ypFz9ERS/N/Ujvpqlk/vxyl1b
jQf8mKuwGT+T1pvAxktDpDgWL6Nro 0mVExewWh0f5mWuO8W+1tUS00peOKJOoNrg8d1v2p7WOSn+TsgSdgcalYw6E6TfQ /Jy0m46eYatgsQh2F1x0
Ng==

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: 01/12/2024 hasta: 31/12/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO DERMATOLOGIA
MES DE DICIEMBRE 2024

IDENTIFICACION	NOMBRE DEL DOCTOR	HORAS CONSULTA/PROCEDIMIENTOS	HORAS IC	LECTURA INMUNOFLUORESCENCIA	HORAS DE JUNTAS REALIZADAS	TOTAL HORAS	OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA	VALOR HORA 2024	VALOR A FACTURAR HOMIC
52.993.986	Dra. Maria Claudia Rodriguez Galvis	53	16		4	73		95.790	6.992.670,00
1.026.564.544	Dr. Hector Perez	43			1	44		139.050	6.118.200,00
1.020.777.964	Dr. Carlos Forero	8				8		108.150	865.200,00
79.625.992	Dr. Luis Antonio Castro	12		2	2	16		95.790	1.532.640,00
1.018.469.360	Dra. Mariana Botero	40	19		3	62		95.790	5.938.980,00
1.020.756.566	Dra. Maria Fernanda Ordoñez	16	4		4	24		95.790	2.298.960,00
							TOTALES		23.746.650,00

DR. HECTOR PEREZ

PROCEDIMIENTO	VALOR	CANTIDAD	VALOR FACTURADO
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 1, entre (1) a (6) cortes	$ 1.236.000		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 2, entre (7) a (10) cortes	$ 1.751.000		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 3, entre (11) a (15) cortes	$ 2.266.000		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 4, entre (13) a (30) cortes	$ 2.781.000	2	$ 5.562.000
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 5, mas de (30) cortes	$ 3.296.000	1	$ 3.296.000
		TOTAL	8.858.000,0

RECONSTRUCCION

PROCEDIMIENTO	VALOR	CANTIDAD	VALOR FACTURADO
Con colgajo	$ 600.000	6	$ 3.600.000
Con injerto	$ 700.000	1	$ 700.000
Correccion por defecto de colgajo o	$ 1.300.000		$ 0
		TOTAL	4.300.000,0

TOTAL	13.158.000,0
TOTAL FACTURA	36.904.650

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900789891	7	CORPORACIÓN CORPMED	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRATIVOS	CARRERA 9 A 17 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7046446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
024-12	2025-01	1186363613	9480183129	E	2025/01/23	2025/01/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$33,445,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				24	$12,967,900	$0	$0	$12,967,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$212,700	$0	$0	$212,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$7,430,600	$0	$0	$7,430,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$3,018,100	$0	$0	$3,018,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$2,306,500	$0	$0	$2,306,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$2,117,900	$0	$0	$2,117,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	25	$2,117,900	$0	$0	$2,117,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$3,190,300	$0	$0	$3,190,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	25	$3,190,300	$0	$0	$3,190,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				25	$11,180,500	$0	$0	$11,180,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$2,436,200	$0	$0	$2,436,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$1,180,700	$0	$0	$1,180,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$228,900	$0	$0	$228,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,640,800	$0	$0	$1,640,800
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,326,300	$0	$0	$1,326,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$1,496,400	$0	$0	$1,496,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$2,871,200	$0	$0	$2,871,200
CBF (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$2,393,200	$0	$0	$2,393,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	25	$2,393,200	$0	$0	$2,393,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				25	$1,595,900	$0	$0	$1,595,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	25	$1,595,900	$0	$0	$1,595,900
TOTAL				25	$33,445,700	$0	$0	$33,445,700