Id. 391929

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:	10/03/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	feb-25

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	900798881-7
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	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 2025	3525	7/01/2025	N/A	N/A	2125	7/01/2025	CMDE714	4/03/2025			$ 40.629.538,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 40.629.538,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: CUARENTA MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO 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	$ -	$ -	$ 104.184.798,00	$ 255.214.168,00
VIGENCIA 2026	$ 215.938.937,00	$ -	$ -	$ -	$ 215.938.937,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.299.216.943,00	$ 30.000.000,00	$ -	$ 858.063.838,00	$ 471.153.105,00

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
	Plazo de ejecución y seis meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 22025/02/12 y riesgos profesionales 2025/02/12 Planilla N° 9481590205-- 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 (Nuevo/usado/reacondicionado/garantía)	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 FEBRERO 2025

Recibido
12 MAR 2025
9:32 am

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

Dra. Ligia Méndez Gaviria
Médica Dermatóloga
Militar Nueva Granada
CC. 52.835.271

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

CONTRATO 312/2022 DERMATOLOGIA

VIGENCIA 2022	$ 36.180.000
VIGENCIA 2023	$ 338.768.000
VIGENCIA 2024	$ 348.931.040
VIGENCIA 2025	$ 359.398.966
VIGENCIA 2026	$ 215.938.937
VALOR TOTAL	$ 1.299.216.943

VALOR SECOP	$ 1.299.216.943
DIFERENCIA	$ -

MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
VIGENCIA 2022					
DICIEMBRE	CMDE357	$ 35.147.023	$ 1.032.977	$ 1.264.069.920	$ 35.147.023
VIGENCIA 2023					
SALDO VIG 2022	$ 1.032.977	MAS VIG 2023	$ 338.768.000	TOTAL	$ 339.800.977
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	CMDE391	$ 23.446.977	$ 316.354.000	$ 1.240.622.943	$ 58.594.000
FEBRERO	CMDE401	$ 24.255.000	$ 292.099.000	$ 1.216.367.943	$ 82.849.000
MARZO	CMDE414	$ 27.225.000	$ 264.874.000	$ 1.189.142.943	$ 110.074.000
ABRIL	CMDE425	$ 28.925.000	$ 235.949.000	$ 1.160.217.943	$ 138.999.000
MAYO	CMDE436	$ 24.525.000	$ 211.424.000	$ 1.135.692.943	$ 163.524.000
JUNIO	CMDE447	$ 24.525.000	$ 186.899.000	$ 1.111.167.943	$ 188.049.000
JULIO	CMDE458	$ 24.153.000	$ 162.746.000	$ 1.087.014.943	$ 212.202.000
AGOSTO	CMDE477	$ 24.618.000	$ 138.128.000	$ 1.062.396.943	$ 236.820.000
SEPTIEMBRE	CMDE486	$ 28.795.000	$ 109.333.000	$ 1.033.601.943	$ 265.615.000
OCTUBRE	CMDE495	$ 30.225.000	$ 79.108.000	$ 1.003.376.943	$ 295.840.000
NOVIEMBRE	CMDE511	$ 38.435.000	$ 40.673.000	$ 964.941.943	$ 334.275.000
DICIEMBRE	CMDE520	$ 38.935.000	$ 1.738.000	$ 926.006.943	$ 373.210.000
VIGENCIA 2024					
SALDO VIG 2023	$ 1.738.000	MAS VIGE 2024	$ 348.931.040	TOTAL	$ 350.669.040
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	CMDE540 + NCCM73	$ 26.340.400	$ 324.328.640	$ 899.666.543	$ 399.550.400
FEBRERO	CMDE548	$ 34.852.750	$ 289.475.890	$ 864.813.793	$ 434.403.150
MARZO	CMDE562	$ 33.822.750	$ 255.653.140	$ 830.991.043	$ 468.225.900
ABRIL	CMDE571	$ 30.954.150	$ 224.698.990	$ 800.036.893	$ 499.180.050
MAYO	CMDE589	$ 34.839.900	$ 189.859.090	$ 765.196.993	$ 534.019.950
JUNIO	CMDE598	$ 34.700.850	$ 155.158.240	$ 730.496.143	$ 568.720.800
JULIO	CMDE613	$ 35.432.150	$ 119.726.090	$ 695.063.993	$ 604.152.950
AGOSTO	CMDE626	$ 32.633.050	$ 87.093.040	$ 662.430.943	$ 636.786.000
ADICION	1	$ 15.000.000	$ 102.093.040	$ 677.430.943	$ 636.786.000
SEPTIEMBRE	CMDE638	$ 38.601.150	$ 63.491.890	$ 638.829.793	$ 675.387.150
OCTUBRE	CMDE649	$ 43.973.100	$ 19.518.790	$ 594.856.693	$ 719.360.250
ADICION 2	2	$ 15.000.000	$ 34.518.790	$ 609.856.693	$ 719.360.250
NOVIEMBRE	CMDE664	$ 31.742.640	$ 2.776.150	$ 578.114.053	$ 751.102.890
DICIEMBRE				$ 578.114.053	$ 751.102.890
VIGENCIA 2025					
SALDO VIG 2024	$ 2.776.150	MAS VIGE 2025	$ 359.398.966	TOTAL	$ 362.175.116
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
DICIEMBRE	CMDE693	$ 36.904.650	$ 325.270.466	$ 541.209.403	$ 788.007.540
ENERO	CMDE704	$ 29.426.760	$ 295.843.706	$ 511.782.643	$ 817.434.300
FEBRERO	CMDE714	$ 40.629.538	$ 255.214.168	$ 471.153.105	$ 858.063.838

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: 01/02/2025 hasta: 28/02/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	04	03	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE714

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	04/03/2025 15:29:15
Dirección:	TV 3 49 02	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	3486868
Email:	slifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co	**Forma de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Transferencia Crédito Bancario
Vencimiento:	Marzo 18 del 2025	**Hora emisión:**	15:29:12-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	18/03/2025				

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				$22.762.744,00	$22.762.744,00
2	011	16,00	PROCESO DE INMUNODERMATOLOGIA	WSD				$98.664,00	$1.578.624,00
3	021	1,00	PROCESO PRODUCTIVIDAD DERMATOLOGIA	WSD				$16.288.170,00	$16.288.170,00

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

SON: (cuarenta millones seiscientos veintinueve mil quinientos treinta y ocho pesos)
CUFE: 6e46d804662199a9d7f9d6c140b9258ed55ed002df3ab31b27ea735e748f1aa70b9be83ae2ff2b5fd2294c00c09ca3fb

Subtotal:	$40.629.538,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$40.629.538,00
RetelCA:	$392.482,00
Neto Factura:	$40.237.056,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$40.629.538,00	0.966%	$392.482,00

18 MAR 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: N5lOKmqfAogi7S1crDp1GrixjsUHd9D6q1tqiM8NqqDOnVOStJwTnbRLJfa3M1U
BEN1ahqO8L+Bb6vW5ZmmAGG4FyUP8b2T8/r2zqKPanT//rQenz
MUQNJAbNQjtyYg 3T2l1KrKDOaT/zzhsW5VbNPojPl6JZYuuqiGkTEUV+BF37WTrfJKiMxEDaL1qFW3 rchn8LIfJfkxNvNuz/sOng7t/EJ2CD+DMqo
U2fOK1vraP/4L3Cr1qc7jFaOSlrK 4Ki84+7bnsSMORTsWsR+VXAzAwVXrF3wZIdEmLbMs54EZN9yfBBtbvzYYuDVpUIT xar7QVAtDs2zrYyXaaoG
FQ==

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: 01/02/2025 hasta: 28/02/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO DERMATOLOGIA
MES DE FEBRERO 2025

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**	45	18		3	66		98.664	6.511.824,00
1.026.564.544	**Dr. Hector Perez**	44	3		1	48		143.222	6.874.656,00
1.020.777.964	**Dr. Carlos Forero**	8				8		111.395	891.160,00
79.625.992	**Dr. Luis Antonio Castro**	12		2	2	16		98.664	1.578.624,00
1.018.469.360	**Dra. Mariana Botero**	40	19		3	62		98.664	6.117.168,00
1.020.756.566	**Dra. Maria Fernanda Ordoñez**	16	4		4	24		98.664	2.367.936,00
								TOTALES	**24.341.368,00**

DR. HECTOR PEREZ

PROCEDIMIENTO	VALOR	CANTIDAD	VALOR FACTURADO
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 1, entre (1) a (6) cortes	$ 1.273.000		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 2, entre (7) a (10) cortes	$ 1.803.530		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 3, entre (11) a (15) cortes	$ 2.333.980		$ 0
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 4, entre (13) a (30) cortes	$ 2.864.430	3	$ 8.593.290
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 5, mas de (30) cortes	$ 3.394.880	1	$ 3.394.880
		TOTAL	**11.988.170,0**

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	**16.288.170,0**
TOTAL FACTURA	**40.629.538**

aportes en línea

Planilla Resumen

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		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1261764821	9481590205	E	2025/02/21	2025/02/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$31,322,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				23	$11,779,800	$0	$0	$11,779,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$261,500	$0	$0	$261,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$6,159,100	$0	$0	$6,159,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$3,313,900	$0	$0	$3,313,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$2,045,300	$0	$0	$2,045,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$1,940,100	$0	$0	$1,940,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	24	$1,940,100	$0	$0	$1,940,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$3,275,100	$0	$0	$3,275,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	24	$3,275,100	$0	$0	$3,275,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				24	$10,232,400	$0	$0	$10,232,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$2,530,200	$0	$0	$2,530,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$1,052,800	$0	$0	$1,052,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$205,300	$0	$0	$205,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,101,300	$0	$0	$1,101,300
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,259,400	$0	$0	$1,259,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$1,224,700	$0	$0	$1,224,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	6	$2,858,700	$0	$0	$2,858,700
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$2,456,900	$0	$0	$2,456,900
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	24	$2,456,900	$0	$0	$2,456,900
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$1,638,200	$0	$0	$1,638,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	24	$1,638,200	$0	$0	$1,638,200
TOTAL				24	$31,322,500	$0	$0	$31,322,500