Id. 389859 - 39885

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:	9/04/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	mar-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	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	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	CMDE732	3/04/2025			$ 32.005.798,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 32.005.798,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y DOS MILLONES CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA 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	$ -	$ -	$ 136.190.596,00	$ 223.208.370,00
VIGENCIA 2026	$ 215.938.937,00	$ -	$ -	$ -	$ 215.938.937,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.299.216.943,00	$ 30.000.000,00	$ -	$ 890.069.636,00	$ 439.147.307,00

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 2025/04/08 y riesgos profesionales 2025/04/08 Planilla N° 9484192435– correspondiente al mes de MARZO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (MARZO); 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 / entregado a 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): FACTURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2025

Dios
11 ABR 2025
2:50pm

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 a CMDE1000
Email: Corp-med@hotmail.com
Teléfono: 7046446
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/03/2025 hasta: 31/03/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	03	04	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE732

Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	03/04/2025 09:23:48
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:	Abril 17 del 2025	**Hora emisión:**	09:23:45-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	17/04/2025				

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				$7.664.430,00	$7.664.430,00

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

SON: (treinta y dos millones cinco mil setecientos noventa y ocho pesos)
CUFE: 554588f7f73d66921d874771887da1be3e0ddea101b88b2bc108904399cc3b02b0e287621cba3cc1ec9fc5849cd464fa

Subtotal:	$32.005.798,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$32.005.798,00
RetelCA:	$309.176,39
Neto Factura:	$31.696.621,61

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$32.005.798,00	0.966%	$309.176,39

SEAL
VISADO FACTURA

08 APR 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: r3Qd9BoN0xwWpcoriMAyza6gdA+L44C4jkseXKZwO70BCLprO/K6edvG8TSSVr+8
vT76Uco86jvECtnhw/yH8n2lO75y4HjXjzx1HnNLgN+ak+7HAe
WgIYt7AbmE6AY2 5u6PP8fFeLW6qMCXfOpCER1vNSJlBdfEosALJUpxYkuhlCcVR/BPstpTVMNGOtxM Vi3hJhmfEL2N/KT4WetTsFtYLkiRhl+8C2V
Zx2T+zA/zNWid6/j3QEgsdnbLZjex R5EC/ZAztCQsrH69VY7i0bY4qjETKUxfSxdLYvJ038KZI1HOseotmOiUBsFLgLZx 615nldEWy4Ki7HEco3Xg
cg==

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: 01/03/2025 hasta: 31/03/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO DERMATOLOGIA
MES DE MARZO 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	14		3	57		98.664	5.623.848,00
1.020.756.566	Dra. Maria Fernanda Ordoñez	16	9		4	29		98.664	2.861.256,00
								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	1	$ 2.864.430
Cirugia micrografica de mohs - Estadio 5, mas de (30) cortes	$ 3.394.880		$ 0
		TOTAL	**2.864.430,0**

RECONSTRUCCION

PROCEDIMIENTO	VALOR	CANTIDAD	VALOR FACTURADO
Con colgajo	$ 600.000	8	$ 4.800.000
Con injerto	$ 700.000		$ 0
Correccion por defecto de colgajo o	$ 1.300.000		$ 0
		TOTAL	**4.800.000,0**

TOTAL	**7.664.430,0**

TOTAL FACTURA	**32.005.798**

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2025-03	2025-04	1397050021	9484192435	E	2025/04/23	2025/04/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$31,697,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				23	$11,614,400	$0	$0	$11,614,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$408,400	$0	$0	$408,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	10	$5,686,300	$0	$0	$5,686,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$3,453,000	$0	$0	$3,453,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$2,066,700	$0	$0	$2,066,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$1,924,600	$0	$0	$1,924,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	24	$1,924,600	$0	$0	$1,924,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$3,390,800	$0	$0	$3,390,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	24	$3,390,800	$0	$0	$3,390,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				24	$10,528,400	$0	$0	$10,528,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$2,258,800	$0	$0	$2,258,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$1,209,500	$0	$0	$1,209,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$214,000	$0	$0	$214,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,424,100	$0	$0	$1,424,100
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,662,300	$0	$0	$1,662,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$1,594,500	$0	$0	$1,594,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$2,165,200	$0	$0	$2,165,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$2,543,500	$0	$0	$2,543,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	24	$2,543,500	$0	$0	$2,543,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				24	$1,695,900	$0	$0	$1,695,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	24	$1,695,900	$0	$0	$1,695,900
TOTAL				24	$31,697,600	$0	$0	$31,697,600

2025/04/09 07:52 AM