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:	23/07/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO

No. de Contrato:	056-2025	VALOR	25.000.000,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	MC-058-2025-HOMIL		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS COMO TRATAMIENTO RADICAL O COMO PARTE DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN LAS PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS PARA EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
ombre de Contratista	CENTRO DE CONTROL DEL CANCER	NIT/ CC	830008300-2
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA

ienta Bancaria No.	03215910658	Banco:	BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros		Corriente	X

rantia Cumplimiento (Si lica) :	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantia (Si aplica):

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					
2025	150425	17/03/2025	1504	17/03/2025	187825	28/04/2025	FA 78659	18/06/2025			$ 1.500.000
LOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 1.500.000,00

LOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Diecinueve millones quinientos mil pesos m/cte

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
2025	25.000.000,00			1.500.000,00	23.500.000,00
					-
OTAL CONTRATO	$ 25.000.000,00	$ -	$ -	$ 1.500.000,00	$ 23.500.000,00

ombre del Supervisor	ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO	Fecha de notificación: 12/05/2025

azo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	12/05/2025	31/12/2025
gencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
orrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

OTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/11/05 y riesgos profesionales 2024/11/05 Planilla N° 9476876875 correspondiente al mes de NOVIEMBRE
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 parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

OTA 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.

OTA 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

OTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

ESCRIPCION 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

BSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):

OTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO	
NÚMERO DE CEDULA:	51975616
CELULAR :	CORREO: epramirez@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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

Centro de Control de Cáncer SAS

NIT 830.008.300-2

No practicar retención en la fuente, somos autoretenedores a título del impuesto sobre la renta según resolución 807 del 2 de febrero de 2024 - Código CIU N.8621 ICA régimen común 9.66x1000 documento oficial de autorización de numeración de facturación 18764070661876 fecha de inicio: 14 de mayo de 2024 fecha de vencimiento: 14 de mayo de 2026 - facturación autorizada prefijo FA numeración 69001 - 90000

Código prestador del servicio: 110011415001

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

PACIENTE

Nombre: ALIX FIGUEROA

Género: FEMENINO
Fecha de Nacimiento: sábado, 26 agosto de 1961
Número: 24079082
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA
Edad: 63 Año(s) 9 Mes(es) 24 Dia(s)
Estado Civil: SOLTERO(A)
Teléfono(s): +573228367823:
Ocupación: AMA DE CASA
Plan: POS
Correo(s) Electrónico(s): alix.figueroa61@gmail.com
Dirección de Residencia: calle 69 sur -88 -50 - CAPITANEJO
Entidad Aseguradora: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Entidad Pagadora: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO
Tipo de Usuario: ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE
Nivel Salarial: .

DIAGNÓSTICO(S)

No.	Código	Nombre
1	C531	TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Número: FA 78659
Fecha de Generación: 2025-06-18
Sede: IPS: - BOGOTA D. C. (CUNDINAMARCA) - CENTRO DE CONTROL DE CANCER - CCC.
Medio de Pago: TRANSFERENCIA CRÉDITO
Forma de Pago: CREDITO
Fecha de Vencimiento: 2025-07-18
Fecha de Ingreso: 2024-12-05 11:55
Fecha de Egreso: 2024-12-05 11:55
Fecha de Emisión: 2025-06-18 12:04

ENTIDAD PAGADORA

Entidad: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830040256-0
Contrato: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Números de Poliza:
Números de Contrato: .
Modalidades de Pago: PAGO POR EVENTO
Cobertura o Plan de Beneficios: COBERTURA REGIMEN ESPECIAL EXCEPCION
Periodo de Pago: 30

GRUPO: BRAQUITERAPIA

No.	Código 1	Código 2	Descripción	Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Tipo Pago Compartido	Valor Pago Compartido	Valor Total
1	922605	922605	Braquiterapia intracavitaria (planeacion computarizada Bidimensional y simulacion convencional) con alta tasa de dosis	7-	1	$1.500.000	NO APLICA	$0	$1.500.000

Total Grupo	$1.500.000

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
20 JUN 2025
EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS
RECIBIDO

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
03 JUN 2025

La presente factura de venta se asimila en sus efectos a la letra de cambio. ART.774 del código de comercio. En caso de mora en el pago de esta factura, se causarán intereses de mora mensuales a la tasa máxima legal autorizada.

CUFE: 3e30b61e0b30923fa6dc9615fab9dca682ae5756f605f5b8cf3acfff2fdeb1be83f03fc8b6fd2595eb242b55c920f3da

Centro de Control de Cáncer SAS

NIT 830.008.300-2

No practicar retención en la fuente, somos autoretenedores a título del impuesto sobre la renta según resolución 807 del 2 de febrero de 2024 - Código CIU N.8621 ICA régimen común 9.66x1000 documento oficial de autorización de numeración de facturación 18764070661876 fecha de inicio: 14 de mayo de 2024 fecha de vencimiento: 14 de mayo de 2026 - facturación autorizada prefijo FA numeración 69001 - 90000

Código prestador del servicio: 110011415001

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Subtotal: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE	$ 1.500.000
Valor Descuentos: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor Intereses: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor asumido por el usuario: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor total a pagar: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE	$ 1.500.000

No.	Tipo	Profesional
1	TRATANTE	LUIS FELIPE TORRES SILVA .

Elaborado por:
JOHANNA ANDREA ECHEVERRI ACUÑA .
FACTURACION

Recibido por:
Nombre:
Identificación:
Fecha:

La presente factura de venta se asimila en sus efectos a la letra de cambio. ART.774 del código de comercio. En caso de mora en el pago de esta factura, se causarán intereses de mora mensuales a la tasa máxima legal autorizada.

CUFE: 3e30b61e0b30923fa6dc9615fab9dca682ae5756f605f5b8cf3acfff2fdeb1be83f03fc8b6fd2595eb242b55c920f3da

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **DIANA CATALINA LÓPEZ CABRERA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085.305.298 de Pasto, y con Tarjeta Profesional No. 215040-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisora Fiscal de **CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS** identificada con NIT. 830.008.300-2, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de **CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS,** certifico el pago de los aportes realizados por la empresa durante los últimos (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de la presentación de esta certificación por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Estos pagos corresponden a los montos contabilizados y pagados por **CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS** durante dichos seis meses. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2.002.

Certifico que en concordancia con el artículo 1° del Decreto 2201 de 2016, la sociedad **CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS** tiene la calidad de autorretenedor a título de impuesto sobre la renta y complementarios.

Igualmente certifico que, a la fecha de presentación de esta certificación, **CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER SAS** ha realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses así: Diciembre 2024, enero, febrero, marzo, abril y mayo 2025.

Se expide en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de junio 2025.

DIANA CATALINA LÓPEZ CABRERA
Tarjeta Profesional No. 215040-T
Revisora Fiscal

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00170-202519587-HMC Id: 419898
Folios: 1 Fecha: 18-07-2025 16:26:11
Anexos: 0
Remitente: FACTURACION
Destinatario: UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

Bogotá, D.C.,

Señora
P.D Marcela Herrera Mayorga
Área de Exámenes extrahospitalarios
Hospital Militar Central

Asunto: Respuesta Oficio ID 418536 con fecha 14-07-2025 dando alcance al oficio con ID 414413 Contrato 056-2025 soportes recibidos de **CENTRO CONTROL DEL CANCER S.A.S** para Auditoria de Cuentas Medicas en la UCHF el 25/06/2025 04:00 p.m.

Cordial saludo,

De manera atenta, me permito informar que las facturas y soportes enviados por **CENTRO CONTROL DEL CANCER S.A.S,** fueron revisados y auditados; dado que cumplen con los criterios de facturación, se generan las facturas relacionadas a continuación, y se radican ante la DIGSA. De presentar glosa por parte de la Auditoría de Cuentas Medicas de la Dirección General de Sanidad Militar, les serán reportadas al área de extra hospitalarios para trámite pertinente.

No	HISTORIA CLINICA	NOMBRE DEL PACIENTE	FACTURA IPS	VALOR	FACTURA HOMIL
1	24079082	ALIX FIGUEROA	FA78659	1.500.000	OS15662
		TOTAL		**1.500.000**	

Atentamente,

Doctora. **Marta Edy Ariza Mateus**
Jefe Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00170-202519587-HMC Id: 419898
Folios: 1 Fecha: 18-07-2025 16:26:11
Anexos: 0
Remitente: FACTURACION
Destinatario: UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

Revisó: Luz Helena Chacon
Auditora Cuentas Médicas UCHF

Revisó: Dra. Sandra Dulfay Torres
Auditor de Cuentas Medicas Extra hospitalarios

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00165-202518999-HMC Id: 418536
Folios: 1 Fecha: 14-07-2025 15:52:48
Anexos: 0
Remitente: UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS
Destinatario: UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION

Bogotá D.C

Señora
Marta Edy Ariza Mateus
Jefe Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación
Hospital Militar Central

ASUNTO: ALCANCE OFICIO No. 414413 REMISION FACTURAS CENTRO CONTROL DEL CANCER CONTRATO No. 056-2025

Me permito dar alcance al ID 414413, con el fin de aclarar que el contrato correcto es CONTRATO No 056-2025 y no CONTRATO No.142-2024 como se indico en el anterior ID; Anexo facturas con soportes, radicadas por la CENTRO CONTROL DEL CANCER para revisión y auditoria correspondiente con el fin de emitir concepto para continuar con el trámite de pago del CONTRATO No. 056-2025.

No.	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FACTURA	VALOR
1	24079082	ALIX FIGUEROA	FA78659	1.500.000,00
TOTAL				**1.500.000,00**

Atentamente,

P.D. MARCELA HERRERA MAYORGA
Área Exámenes Extrahospitalarios
Hospital Militar Central

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 830008300	2	CENTRO DE CONTROL DE CANCER SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	BOGOTA1	CRA 16 A N 84 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2366927	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-06	1526410390	9487097685	E	2025/06/04	2025/06/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$213,802,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				97	$121,747,600	$0	$0	$121,747,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	7	$6,472,600	$0	$0	$6,472,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	54	$90,951,300	$0	$0	$90,951,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$15,468,700	$0	$0	$15,468,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	15	$8,552,000	$0	$0	$8,552,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$303,000	$0	$0	$303,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				102	$25,031,500	$0	$0	$25,031,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	102	$25,031,500	$0	$0	$25,031,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				99	$22,348,200	$0	$0	$22,348,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	99	$22,348,200	$0	$0	$22,348,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				104	$35,882,200	$0	$0	$35,882,200
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	3	$2,861,500	$0	$0	$2,861,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	21	$9,232,200	$0	$0	$9,232,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	8	$1,345,200	$0	$0	$1,345,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	14	$6,905,200	$0	$0	$6,905,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$969,100	$0	$0	$969,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$356,000	$0	$0	$356,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$5,833,600	$0	$0	$5,833,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	40	$8,379,400	$0	$0	$8,379,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$5,275,500	$0	$0	$5,275,500
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	8	$5,275,500	$0	$0	$5,275,500
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$3,517,100	$0	$0	$3,517,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	8	$3,517,100	$0	$0	$3,517,100
TOTAL				**104**	**$213,802,100**	**$0**	**$0**	**$213,802,100**