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:	20/8/2025	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				
Nombre de Contratista	CENTRO DE CONTROL DEL CANCER	NIT/ CC	830008300-2		
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA		
Cuenta Bancaria No.	03215910658	Banco: BANCOLOMBIA	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Corriente X
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	Aseguradora (Si aplica):	Fecha de aprobación de la Garantía (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	17/3/2025	1504	17/3/2025	187825	28/4/2025	FA 79746	12/8/2025			$ 6.000.000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 6.000.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SEIS MILLONES DE 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			19.500.000,00	5.500.000,00
					-
TOTAL CONTRATO	$ 25.000.000,00	$ -	$ -	$ 19.500.000,00	$ 5.500.000,00

Nombre del Supervisor	ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO	Fecha de notificación: 12/05/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 12/5/2025	FECHA DE TERMINACION: 31/12/2025
Vigencia del Contrato:	Igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más.	
Prorrogas:	En tiempo 1- 2- 3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/08/04 y riesgos profesionales 2025/08/04 Planilla N° 9490001826 correspondiente al mes de AGOSTO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (AGOSTO); 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 $ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

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

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO

NUMERO 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

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00170-202522818-HMC Id: 426917
Folios: 1 Fecha: 20-08-2025 15:52:37
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

Submedics
Jucer

Asunto: Respuesta Oficio ID 426246 Contrato 056-2025 soportes recibidos de **CENTRO CONTROL DEL CANCER S.A.S** para Auditoria de Cuentas Medicas en la UCHF el 18/07/2025 02:56 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	20712571	MARIA HORTENCIA CASTAÑEDA DE ROJAS	FA79746	6.000.000	OS17647
TOTAL				**6.000.000**	

Atentamente,

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

Revisó: Luisa Guaidia
Revisora Cuentas Médicas UCHF

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

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-01027-202522495-HMC Id: 426246
Folios: 1 Fecha: 15-08-2025 15:10:42
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
Gn.-

ASUNTO: Remisión facturas **CENTRO CONTROL DEL CANCER S.A.S. CONTRATO No. 056-2025**

Anexo facturas con soportes, radicadas por el **CENTRO CONTROL DEL CANCER S.A.S** para revisión y auditoria correspondiente con el fin de emitir concepto para continuar con el trámite de pago del **CONTRATO No. 056-2025**

No.	REMISION	CEDULA	NOMBRES	FACTURA	VALOR
1	3	20712571	MARIA HORTENCIA CASTAÑEDA DE ROJAS	FA79746	6.000.000,00
TOTAL					**6.000.000,00**

Atentamente,

P.D. MARCELA HERRERA MAYORGA
Área Exámenes Extrahospitalarios

Anexos: Factura en Físico
- Elaboró:
Nombre y apellido: Luz Amelia Barrera
Cargo: Auxiliar de gestión
Oficina: Extrahospitalarios

Centro de Control de Cáncer S A S

NIT 830.008.300-2

No practicar retención en la fuente, somos autoretenedores a titulo 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: MARIA HORTENCIA CASTAÑEDA DE ROJAS

Género: FEMENINO **Fecha de Nacimiento:** miércoles, 11 enero de 1939 **Número:** 20712571
Identificación - Propiedad: PROPIA **Tipo:** CEDULA DE CIUDADANIA **Edad:** 86 Año(s) 7 Mes(es) 1 Dia(s)
Estado Civil: VIUDO(A) **Teléfono(s):** +573202671054:
Ocupación: HOGAR **Plan:** POS
Correo(s) Electrónico(s): ROSASTELLAROJAS@HOTMAIL.COM
Dirección de Residencia: CARRERA 102 N 69 34 - BOGOTA D. C.
Entidad Aseguradora: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Entidad Pagadora: .
Tipo de Afiliado: COTIZANTE **Tipo de Usuario:** ESPECIALES O EXCEPCIÓN DE **Nivel Salarial:** .
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

DIAGNÓSTICO(S)

No.	Código	Nombre
1	C531	TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Número: FA 79746 **Fecha de Generación:** 2025-08-12
Sede: IPS: - BOGOTA D. C. (CUNDINAMARCA) - CENTRO DE CONTROL DE CANCER - CCC.
Medio de Pago: TRANSFERENCIA CRÉDITO **Forma de Pago:** CREDITO **Fecha de Vencimiento:** 2025-09-11
Fecha de Ingreso: 2025-07-01 10:58 **Fecha de Egreso:** 2025-07-10 10:58 **Fecha de Emisión:** 2025-08-12 11:04

ENTIDAD PAGADORA

Entidad: HOSPITAL MILITAR CENTRAL **NIT:** 830040256-0
Contrato: HOSPITAL MILITAR CENTRAL **Números de Poliza:**
Números de Contrato: 056-2025
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	3	4	$1.500.000	NO APLICA	$0	$6.000.000
								Total Grupo	$6.000.000

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
15 AGO 2025
EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS
RECIBIDO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
19 AGO 2025
EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS
VISADO SIIF

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: ae18dab3877d985c47a5603ad08e02685c01e50c4163ca49c539479cee4ff0c2f0f7cec2186e9533df30188c9cc9cb26

Centro de Control de Cáncer S A S

NIT 830.008.300-2

No practicar retención en la fuente, somos autoretenedores a titulo 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: SEIS MILLONES PESOS M/CTE	$ 6.000.000
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: SEIS MILLONES PESOS M/CTE	$ 6.000.000

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: ae18dab3877d985c47a5603ad08e02685c01e50c4163ca49c539479cee4ff0c2f0f7cec2186e9533df30188c9cc9cb26

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

Yo, **LEIDY STEPHANIE RODRÍGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.016.017.707, y con Tarjeta Profesional No. 288699-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisora Fiscal suplente 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: Febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio 2025.

Se expide en Bogotá D.C., a los once (11) días del mes de agosto 2025.

LEIDY STEPHANIE RODRÍGUEZ
Revisora Fiscal
TP 288699-T

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 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
2025-07	2025-08	1677593131	9490001826	E	2025/08/04	2025/08/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$211,295,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				99	$115,362,800	$0	$0	$115,362,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	7	$5,056,600	$0	$0	$5,056,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	56	$92,980,800	$0	$0	$92,980,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$9,687,100	$0	$0	$9,687,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	15	$7,335,300	$0	$0	$7,335,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$303,000	$0	$0	$303,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				105	$28,966,600	$0	$0	$28,966,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	105	$28,966,600	$0	$0	$28,966,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				101	$22,312,600	$0	$0	$22,312,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	101	$22,312,600	$0	$0	$22,312,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				105	$35,789,600	$0	$0	$35,789,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	3	$2,861,400	$0	$0	$2,861,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	22	$9,488,500	$0	$0	$9,488,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	8	$1,326,300	$0	$0	$1,326,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	14	$6,884,700	$0	$0	$6,884,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$762,000	$0	$0	$762,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$5,791,500	$0	$0	$5,791,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	42	$8,497,200	$0	$0	$8,497,200
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$5,318,100	$0	$0	$5,318,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	9	$5,318,100	$0	$0	$5,318,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$3,545,600	$0	$0	$3,545,600
SENA	PASENA	899,999,034	1	9	$3,545,600	$0	$0	$3,545,600
TOTAL				**105**	**$211,295,300**	**$0**	**$0**	**$211,295,300**