HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00165-202534507-HMC Id: 451864
Folios: 1 Fecha: 11-12-2025 11:11:12
Anexos: 0
Remitente: CLINICA MEDICA (MEDICINA INTERNA Y SUPRAESPECIALIDADES)
Destinatario: UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

Bogotá D.C.,

Señor
SMC. (RA) Luis Orlando Albarracín Duarte
Profesional del Sector Defensa
Área de Presupuesto
Hospital Militar Central

Asunto: Remisión Informe de Supervision y Factura No. CMDE835 CORPMED.

Respetuosamente me permito remitir Informe de Supervision y factura No **CMDE835 CORPMED**, correspondiente al contrato **312/2022**, por concepto de **FACTURACION DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025**.

Nota: Se entrega factura en físico en la oficina Área de Presupuesto

Agradeciendo su gentil atención.

Atentamente,

Mayor Dra. Ligia Rocío Méndez Gaviria
Oficial Superior en Comisión Administrativa Permanente en la Administración Pública
Jefe de Servicio Dermatología

Edwin Martínez Rojas

Elaboró:
Edwin Martínez
AASD
Servicio Dermatologia

Recibí
12 DIC 2025
9:43 a.m.

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:	9/12/2025	INFORME DE SUPERVISOR:		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	nov-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	900789691-7
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	CMDE835	28/11/2025			$ 23.904.424,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 23.904.424,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO 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	$ 50.921.682,00	$ -	$ 396.640.638,00	$ 13.680.010,00
VIGENCIA 2026	$ 215.938.937,00	$ -	$ -	$ -	$ 215.938.937,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.299.216.943,00	$ 80.921.682,00	$ -	$ 1.150.519.678,00	$ 229.618.947,00

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

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	MÉNERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE ADQUISICIÓN	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / Almacenado / 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 NOVIEMBRE 2025

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	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		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: l.mendez@homil.gov.co	

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 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
MARZO	CMDE732	$ 32.005.798	$ 223.208.370	$ 439.147.307	$ 890.069.636
ABRIL	CMDE749	$ 37.568.448	$ 185.639.922	$ 401.578.859	$ 927.638.084
MAYO	CMDE761	$ 26.561.604	$ 159.078.318	$ 375.017.255	$ 954.199.688
JUNIO	CMDE770	$ 32.963.324	$ 126.114.994	$ 342.053.931	$ 987.163.012
ADICION	3	$ 50.921.682	$ 177.036.676	$ 392.975.613	$ 987.163.012
JULIO	CMDE788	$ 38.922.872	$ 138.113.804	$ 354.052.741	$ 1.026.085.884
AGOSTO	CMDE801	$ 25.921.282	$ 112.192.522	$ 328.131.459	$ 1.052.007.166
SEPTIEMBRE	CMDE816	$ 34.366.644	$ 77.825.878	$ 293.764.815	$ 1.086.373.810
OCTUBRE	CMDE828	$ 40.241.444	$ 37.584.434	$ 253.523.371	$ 1.126.615.254
NOVIEMBRE	CMDE835	$ 23.904.424	$ 13.680.010	$ 229.618.947	$ 1.150.519.678

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA

Correo: corp-med@hotmail.com

NIT 900789891-7
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764096123682
Fecha 25/07/2025 - 25/07/2026
Autorización de Facturación Electrónica del CMDE782 al CMDE1000
Email: corp-med@hotmail.com

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	28	11	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE835

Nombre o Razón Social: HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Dirección: TV 3 49 02
Email: facturacionsiif@homil.gov.co
Vencimiento: Diciembre 13 del 2025
Fecha de pago: 13/12/2025
Total de Lineas: 3

NIT: 830040256
Departamento: Bogotá
Forma de Pago: Crédito
Hora emisión: 13:09:11-05:00

Fecha de firmado: 28/11/2025 13:09:14
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				$14.630.920,00	$14.630.920,00
2	011	16,00	PROCESO DE INMUNODERMATOLOGIA	WSD				$98.664,00	$1.578.624,00

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

SON: (veintitres millones novecientos cuatro mil cuatrocientos veinticuatro pesos)
CUFE: d1f71e67647ebb499122dce98778c8620fff6add02711f13ac05bd1afbd5bb59804132d87edf20dfffd884bade6934e7

Subtotal:	$23.904.424,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$23.904.424,00
RetelCA:	$230.917,00
Neto Factura:	$23.673.507,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$23.904.424,00	0.966%	$230.917,00

G E C O
VISADO FACTURA
04 DEC 2025

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

Firma Digital: Q1spEgofoe2KOVV9MbKMP3dtFqICfRMsk9fN4dCpnnJJMGiMk+1LHj0bza6e729W
jtvUkFoGZPYNWGaEoljNUX38X2Qj5jfqKhbHSXrRut51DS0uf3
pv4rDWabiT8Kgb dLWygd8bOhywb1PfN0nbTh64PvCwNfo+8L5P6CcPcBJ7hNWz9MLTye6FsH2IDtWm 7RwFsZOakv5fGLHvSNwUu12DLBZeTsBqTLu
09/n2uQVVa0icUHexbwGYpeNcElz9 5SN56CwBRSbGpEpYd2DbvKyZFfths+cnWLJ5atSL1Dm0/NHcOxLE8hFtDp8/LITX 2g5EDjeRCSooD4UNnDRX
Sg==

Esta factura es un titulo 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: 01/11/2025 hasta: 30/11/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO DERMATOLOGÍA
MES DE NOVIEMBRE 2025

IDENTIFICACION	LUGAR DE EXPEDICION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO A CARGO	OBSERVACIONES DEL CONTRATISTA	HORAS CONSULTA/ PROCEDIMIENTOS	REEMPLAZO	HORAS IC	LECTURA INMUNOFLUORESCENCIA	HORAS DE JUNTAS REALIZADAS	HORAS	VALOR HORA 2024	VALOR A FACTURAR HOMIC
53.179.021	Bogotá	**Restrepo**	Samper	Sofia	0		ok	12		4		3	19	98.664	$ 1.874.616
1.026.564.544	Bogotá	**Perez**	Cely	Hector	Camilo		ok	32		3		1	36	143.222	$ 5.155.992
1.022.383.049	Bogotá	Rodriguez		Aura			ok	8					8	111.395	$ 891.160
79.625.992	Bogotá	**Castro**	Gomez	Luis	Antonio		ok	12			2	2	16	98.664	$ 1.578.624
52.151.882	Bogotá	**Cruz**	0	Claudia	0		ok	3		1			4	98.664	$ 394.656
1.013.679.178	Bogotá	**Duarte**	Villalba	Miguel	Camilo		ok	28		11		3	42	98.664	$ 4.143.888
1.020.756.566	Bogotá	Marin		Daniela			ok	13		6		3	22	98.664	$ 2.170.608
						TOTAL									$ 16.209.544

$ 14.630.920

DR. HECTOR PEREZ

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

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 injerto	$ 1.300.000	0	$ -
		TOTAL	$ 4.300.000

$ 7.694.880

VALOR FACTURA $ 23.904.424

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1925698901	9494637358	E	2025/11/25	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$34,994,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				27	$14,317,300	$0	$0	$14,317,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$302,300	$0	$0	$302,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$8,126,900	$0	$0	$8,126,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$2,961,500	$0	$0	$2,961,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$2,926,600	$0	$0	$2,926,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$2,044,800	$0	$0	$2,044,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	27	$2,044,800	$0	$0	$2,044,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$3,406,500	$0	$0	$3,406,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	27	$3,406,500	$0	$0	$3,406,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				27	$10,966,100	$0	$0	$10,966,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	7	$2,868,100	$0	$0	$2,868,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$1,280,200	$0	$0	$1,280,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$198,200	$0	$0	$198,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,503,300	$0	$0	$1,503,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	$4,938,300	$0	$0	$4,938,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$2,555,400	$0	$0	$2,555,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	27	$2,555,400	$0	$0	$2,555,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,703,900	$0	$0	$1,703,900
SENA	PASENA	899,999,034	1	27	$1,703,900	$0	$0	$1,703,900
TOTAL				27	$34,994,000	$0	$0	$34,994,000