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:	15/10/2024	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	sep-24
No. de Contrato:	466/2023			VALOR	$ 1.576.710.367,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-095-2023						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES INTREGALES A LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN LAS DIFERENTES SUBESPECIALIDADES EN CIRUGIA PROGRAMADA, PROCEDIMIENTOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL 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) :	11-40-101058417	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/12/2023		

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 2024	87924	9/01/2024	N/A	N/A	87924	9/01/2024	CMDE635	30/09/2024			$ 68.968.800,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 68.968.800,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SESENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2023	$ 50.000.000,00	$ -	$ -	$ 50.000.000,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 576.895.275,00	$ 155.000.000,00	$ -	$ 591.314.980,00	$ 140.580.295,00
VIGENCIA 2025	$ 594.197.918,00	$ -	$ -	$ -	$ 594.197.918,00
VIGENCIA 2026	$ 355.617.174,00	$ -	$ -	$ -	$ 355.617.174,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.576.710.367,00	$ 155.000.000,00	$ -	$ 641.314.980,00	$ 1.090.395.387,00

Nombre del Supervisor : DOCTOR JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA	Fecha de notificación: 01/01/2024	
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	16/12/2023	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más	
Prorrogas:	En tiempo	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2024/10/08 y riesgos profesionales 2024/10/08 Planilla N° 9475061577– correspondiente al mes de SEPTIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (SEPTIEMBRE); 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): FACTURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE 2024

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: DOCTOR JOSE IGNACIO SANCHEZ URBINA		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	13.275.702		
CELULAR : 3013364351		CORREO: Jsanchez@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 466/2023 ORTOPEDIA

VIGENCIA 2023	$ 50.000.000
VIGENCIA 2024	$ 576.895.275
VIGENCIA 2025	$ 594.197.918
VIGENCIA 2026	$ 355.617.174
VALOR TOTAL	$ 1.576.710.367

VALOR SECOP	$ 500.247.000
DIFERENCIA	$ 1.076.463.367

MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
VIGENCIA 2023					
DICIEMBRE	CMDE525	$ 22.320.000	$ 27.680.000	$ 1.554.390.367	$ 22.320.000
VIGENCIA 2024					
SALDO VIG 2023	$ 27.680.000	VIGE 2024	$ 576.895.275	TOTAL VIGENCIA	$ 604.575.275
ENERO	CMDE541	$ 60.347.700	$ 544.227.575	$ 1.494.042.667	$ 82.667.700
FEBRERO	CMDE551	$ 66.669.840	$ 477.557.735	$ 1.427.372.827	$ 149.337.540
MARZO	CMDE560	$ 71.267.760	$ 406.289.975	$ 1.356.105.067	$ 220.605.300
ABRIL	CMDE574	$ 68.968.800	$ 337.321.175	$ 1.287.136.267	$ 289.574.100
MAYO	CMDE587	$ 71.267.760	$ 266.053.415	$ 1.215.868.507	$ 360.841.860
JUNIO	CMDE601	$ 68.968.800	$ 197.084.615	$ 1.146.899.707	$ 429.810.660
JULIO	CMDE615	$ 71.267.760	$ 125.816.855	$ 1.075.631.947	$ 501.078.420
AGOSTO	CMDE625	$ 71.267.760	$ 54.549.095	$ 1.004.364.187	$ 572.346.180
ADICION	1	$ 155.000.000	$ 209.549.095	$ 1.159.364.187	$ 572.346.180
SEPTIEMBRE	CMDE635	$ 68.968.800	$ 140.580.295	$ 1.090.395.387	$ 641.314.980

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: 01/09/2024 hasta: 30/09/2024.

Departamento	Fecha		
Bogotá	30	09	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE635

Cliente:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	30/09/2024 12:20:35
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:	Octubre 15 del 2024	**Hora emisión:**	12:20:32-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	15/10/2024				
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	017	720,00	PROCESO DE ORTOPEDIA EN URGENCIAS	WSD				$95.790,00	$68.968.800,00

Notas:
#$15-19-00;Contrato466-2023;jchavez@homil.gov.co#$

SON: (sesenta y ocho millones novecientos sesenta y ocho mil ochocientos pesos)
CUFE: 1697b9804e5933453ad574fe5020c56b9777c7c7a0ac631c9c3e9fd166419c8d2206503007235b834f67f0c545000034f

Subtotal:	$68.968.800,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$68.968.800,00
RetelCA:	$666.239,00
Neto Factura:	$68.302.561,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$68.968.800,00	0.966%	$666.239,00

SEAL
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
07 OCT 2024

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: VuUqUZDD6kPAvkeJEs8+DsTXISavr+nc3XWaq4IAoulxznrhdz2Ka+g0xEQdCR7y
5p1SfZXyeX8PKeU34KUHW2eahWOh1bz041lZ92PdRFXIVRM+Hw
IitwEAkN4Awcxi 8nmufNdz/gCCxn95dzUztmCJWmOmXykWM7I7Fi3yrxkAH6SQtkisFUHaajtcMsgd 14VcX7dtnhkRs5z3KSc1k/iQmghPktQJgxr
RfMTHCNiM/Az2RTzezriXv2f/GmhD axitCkWemBYVBwX6Pt0XFBZM6CEec1sBw75+uTlYDADaauWsFA8EjoOBD5f5wRaj CjqU/nRALAFaodWIdLkO
cw==

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: 01/09/2024 hasta: 30/09/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA - CORPMED
NIT. 900.789.891-7

ORTOPEDIA DE URGENCIAS

	Domingo	Lunes	Martes	Miércole	Jueves	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes	Miércole	Jueves	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes	Miércole	Jueves	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes	Miércole	Jueves	Viernes	Sábado	Doming	Lunes
CONCEPTO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**
Ortopedista 24 Horas Urgencias	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

Total Horas De Urgencias	720
Horas Adionales Cubrimiento Servicio	0
TOTAL HORAS A FACTURAR	**720**
Valor Hora	95.790
VALOR A FACTURAR SEPTIEMBRE 2024	**68.968.800**
Horas de Consulta Externa o Disponibilidad de Especialista	**0**
Valor Hora	95.790
VALOR HORAS CONSULTA EXTERNA	**-**
Procedimientos de Consulta Externa SOAT - 22%	**0**
VALOR CONSULTA EXTERNA	**0**
VALOR TOTAL A FACTURAR	**68.968.800,00**

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
2024-09	2024-10	968560236	9475061577	E	2024/10/22	2024/10/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$31,793,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				25	$12,178,000	$0	$0	$12,178,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$107,200	$0	$0	$107,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	12	$7,454,000	$0	$0	$7,454,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$2,242,200	$0	$0	$2,242,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$2,374,600	$0	$0	$2,374,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,978,100	$0	$0	$1,978,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	26	$1,978,100	$0	$0	$1,978,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$3,280,100	$0	$0	$3,280,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	26	$3,280,100	$0	$0	$3,280,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				26	$10,256,100	$0	$0	$10,256,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$2,325,200	$0	$0	$2,325,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$1,533,300	$0	$0	$1,533,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$347,500	$0	$0	$347,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,536,300	$0	$0	$1,536,300
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,002,200	$0	$0	$1,002,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$768,500	$0	$0	$768,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$2,743,100	$0	$0	$2,743,100
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$2,460,400	$0	$0	$2,460,400
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	26	$2,460,400	$0	$0	$2,460,400
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,640,500	$0	$0	$1,640,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	26	$1,640,500	$0	$0	$1,640,500
TOTAL				26	$31,793,200	$0	$0	$31,793,200

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
CORPMED
NIT. 900789.891-7

Bogotá, 15 octubre de 2024

Señores

Hospital Militar Central

Ciudad

Ref.: Certificación Pago Aportes Seguridad Social y Parafiscales.

Cordial Saludo,

Yo, Andrés Ricardo Barragán Ortiz identificado con cedula de ciudadanía N° 79.948.653 de Bogotá, actuando como Representante Legal de la Corporación Medico Quirúrgica de Colombia identificada con NIT. 900.789.891 - 7, me permito certificar que se ha realizado el debido pago de Seguridad Social y Parafiscales del último mes, de cada uno de los empleados que ejecutan los contratos que tiene la corporación actualmente con el Hospital Militar Central.

Se da esta certificación a los 15 días del mes de octubre de 2024

Atentamente.

Andrés Ricardo Barragán Ortiz
CC N° 79.948.653
Representante Legal

Dirección: Carrera 9 A N° 17 – 55 Sur
Teléfonos: 7046446 - 3182917212
E-mail: corp-med@hotmail.com