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:	19/05/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	abr-25

No. de Contrato:	466/2023	VALOR	$ 1.576.710.367,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	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 2025	16925	8/01/2025	N/A	N/A	14425	8/01/2025	CMDE740	30/04/2025			$ 71.038.080,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 71.038.080,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y UN MILLONES TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA 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	$ -	$ 731.895.275,00	$ -
VIGENCIA 2025	$ 594.197.918,00	$ -	$ -	$ 354.597.395,00	$ 239.600.523,00
VIGENCIA 2026	$ 355.617.174,00	$ -	$ -	$ -	$ 355.617.174,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.576.710.367,00	$ 155.000.000,00	$ -	$ 1.136.492.670,00	$ 595.217.697,00

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 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 / existencia 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 q presentar): FACTURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL 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.

INFORMACIÓN 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: 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	Nº 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
OCTUBRE	CMDE650	$ 70.788.810	$ 69.791.485	$ 1.019.606.577	$ 712.103.790
NOVIEMBRE	CMDE661	$ 68.968.800	$ 822.685	$ 950.637.777	$ 781.072.590
		VIGENCIA 2025			
SALGO VIG 2024	$ 822.685	VIGE 2025	$ 594.197.918	TOTAL VIGENCIA	$ 595.020.603
DICIEMBRE	CMDE695	$ 71.267.760	$ 523.752.843	$ 879.370.017	$ 852.340.350
ENERO	CMDE698	$ 73.406.016	$ 450.346.827	$ 805.964.001	$ 925.746.366
FEBRERO	CMDE712	$ 66.302.208	$ 384.044.619	$ 739.661.793	$ 992.048.574
MARZO	CMDE727	$ 73.406.016	$ 310.638.603	$ 666.255.777	$ 1.065.454.590
ABRIL	CMDE740	$ 71.038.080	$ 239.600.523	$ 595.217.697	$ 1.136.492.670



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: 01/04/2025 hasta: 30/04/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	30	04	2025

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

N° CMDE740

Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	30/04/2025 11:15:22
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:	Mayo 14 del 2025	**Hora emisión:**	11:15:17-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	14/05/2025				
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				$98.664,00	$71.038.080,00

Notas:
#S15-19-00;Contrato466-2023;jchavez@homil.gov.co#$

SON: (setenta y un millones treinta y ocho mil ochenta pesos)
CUFE: 8729a17d808ca5deb1ee6b9940a048ac97291215c1c48f8134b201226d0b65fa75b2f006b9270dba5f7578a543d86e96

Subtotal:	$71.038.080,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$71.038.080,00
ReteICA:	$686.228,00
Neto Factura:	$70.351.852,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 ReteICA	$71.038.080,00	0.966%	$686.228,00

SEAC
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
12 MAY 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: rG+AQ(WKfhZmbdbrtqdMsMr8tjvS+lhTQxNF8TUtKjhfIly2Snieu0GiEgwCUQxA mtyq5PO/RkCjOsriPxwemID73AbvWv+UID213YyrNxWEPNHfJP krlaqMdthsDhgG 9DUd4TDqObb+SWFQ+qUVRyL/jbldpvlgQi6BwQ+6Y2Cl+b7WHlfJbl/soqnFDV2t 7H9oCY3LV7zlqKDkKCwNTY/SYsx/mB8nYGz Rl3kSEMFPrk+pqMH48AZsuSBXtwSG Jmgf/mCFuWGUqeXn7NsVzcU8J6Vkq4A/wdSoJMhOiX/HUHTxs1VyzpCuOV4UxmXR 22dQHbaP/TF54fUKJVPz Ng==

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: 01/04/2025 hasta: 30/04/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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

ORTOPEDIA DE URGENCIAS

	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles
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	98.664
VALOR A FACTURAR NOVIEMBRE 2024	**71.038.080**
Horas de Consulta Externa o Disponibilidad de Especialista	**0**
Valor Hora	98.664
VALOR HORAS CONSULTA EXTERNA	**-**
Procedimientos de Consulta Externa SOAT - 22%	**0**
VALOR CONSULTA EXTERNA	**0**
VALOR TOTAL A FACTURAR	**71.038.080,00**

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

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
CORPMED
NIT. 900789.891-7

Bogotá, 08 mayo 2025

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 08 días del mes mayo de 2025.

Atentamente.

Andrés Ricardo Barragán Ortiz
Representante Legal

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