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:	6/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jul-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	CMDE785	30/07/2025			$ 73.406.016,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 73.406.016,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL DIECISEIS 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	$ 182.000.000,00	$ -	$ 572.447.507,00	$ 203.750.411,00
VIGENCIA 2026	$ 355.617.174,00	$ -	$ -	$ -	$ 355.617.174,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.576.710.367,00	$ 337.000.000,00	$ -	$ 1.354.342.782,00	$ 559.367.585,00

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 2025/07/16 y riesgos profesionales 2025/07/16 Planilla N° 9488752707– correspondiente al mes de JUNIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO); 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 a presentar): FACTURACION CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO 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
MAYO	CMDE751	$ 73.406.016	$ 166.194.507	$ 521.811.681	$ 1.209.898.686
ADICION	2	$ 182.000.000	$ 348.194.507	$ 703.811.681	$ 1.209.898.686
JUNIO	CMDE769	$ 71.038.080	$ 277.156.427	$ 632.773.601	$ 1.280.936.766
JULIO	CMDE785	$ 73.406.016	$ 203.750.411	$ 559.367.585	$ 1.354.342.782

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
Teléfono: 7046446
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	30	07	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE785

Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	30/07/2025 11:22:20
Dirección:	TV 3 49 02	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	3486868
Email:	facturacionsiif@homil.gov.co	**Método de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Transferencia Crédito Bancario
Vencimiento:	Agosto 13 del 2025	**Hora emisión:**	11:22:17-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	13/08/2025				
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	017	744,00	PROCESO DE ORTOPEDIA EN URGENCIAS	WSD				$98.664,00	$73.406.016,00

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

SON: (setenta y tres millones cuatrocientos seis mil dieciseis pesos)
CUFE: 704178c1d5f336aba599b06d566e48f61ec7ce966625bd7773ffafd309081a7c27c820fa0370b7835c5b100c77daa7d1

Subtotal:	$73.406.016,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$73.406.016,00
ReteICA:	$709.102,00
Neto Factura:	$72.696.914,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 ReteICA	$73.406.016,00	0.966%	$709.102,00

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
06 AGO 2025
EXAMENES EXTRAHOSPITALARIOS
VISADO SIIF

FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TITULO DE RENTA, DADO A QUE SOMOS ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO CALIFICADA ANTE LA DIAN

Firma Digital: HmkSQ58/olk+sY66pEEfMxbDdFM34loXHR4fkpZCu2iSVyL5ifC1P6Y0YDkhM
66BGlWrxXhV545paqJZqBC/mgj43B6zktZbmjloEAc2MrDD5GY
wYeJkyT0xcZMyM 3ocdkAnJmSjOgmbmp348taSICq3dkY0HeJqHp/A4BKX7CBT77KD+ksrWCaM 8Mw 6rk TO3bTx0dAICTW3N1No1aDVdk+Ni+x
8O4/UZrsqeXS50VtSyMYAwcfrYGiF K9KsthY6lWY9Bo4l1fo3TV/yD6jTqsE0lSl3gIEf5d7b82idcps/Hir ya TFkn2dF3kPLRUiRaFOn1
Ow==

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: 01/07/2025 hasta: 31/07/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



)RPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA - CORPMED
T. 900.789.891-7

RTOPEDIA DE URGENCIAS

	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	Martes	Miércole	Jueves
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	31
topedista 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	24

tal Horas De Urgencias	744
oras Adionales Cubrimiento Servicio	0
TAL HORAS A FACTURAR	**744**
lor Hora	98.664
LOR A FACTURAR NOVIEMBRE 2024	**73.406.016**
oras de Consulta Externa o Disponibilidad	**0**
Especialista	
lor Hora	98.664
LOR HORAS CONSULTA EXTERNA	-
ocedimientos de Consulta Externa SOAT -	**0**
%	
LOR CONSULTA EXTERNA	**0**
LOR TOTAL A FACTURAR	**73.406.016,00**

en línea

Planilla Resumen

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.	7016446	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-07	1632602824	9488752707	E	2025/07/21	2025/07/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$34,754,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				26	$13,088,700	$0	$0	$13,088,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$382,900	$0	$0	$382,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	12	$7,191,100	$0	$0	$7,191,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$2,478,500	$0	$0	$2,478,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$3,036,200	$0	$0	$3,036,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$2,180,000	$0	$0	$2,180,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	27	$2,180,000	$0	$0	$2,180,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$3,629,100	$0	$0	$3,629,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	27	$3,629,100	$0	$0	$3,629,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				27	$11,319,400	$0	$0	$11,319,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	6	$2,547,500	$0	$0	$2,547,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$1,414,000	$0	$0	$1,414,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$193,900	$0	$0	$193,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,250,200	$0	$0	$1,250,200
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,271,400	$0	$0	$1,271,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	3	$1,286,800	$0	$0	$1,286,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$3,355,600	$0	$0	$3,355,600
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$2,722,300	$0	$0	$2,722,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	27	$2,722,300	$0	$0	$2,722,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,815,200	$0	$0	$1,815,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	27	$1,815,200	$0	$0	$1,815,200
TOTAL				27	$34,754,700	$0	$0	$34,754,700

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
CORPMED
NIT. 900789.891-7

Bogotá, 06 agosto 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 06 días del mes agosto 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