HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00165-202531445-HMC Id: 445629
Folios: 1 Fecha: 13-11-2025 07:50:10
Anexos: 0
Remitente: CLINICA MEDICA (MEDICINA INTERNA Y SUPRAESPECIALIDADES)
Destinatario: UNIDAD FINANCIERA

Bogotá, D. C.,

PD
Nelson Raúl Benítez Cely
Subdirección de Finanzas
Jefe Unidad de Presupuesto
Hospital Militar Central

ASUNTO : CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE DE 2025

Cordial saludo, con toda atención y respeto me permito enviar al Jefe de la Unidad de Presupuesto, la cuenta del mes de octubre de 2025, correspondiente a la Corporación Médico Quirúrgica de Colombia-CORPMED cuyo objeto es "Prestación de servicios profesionales de médicos especialistas para el Servicio de Infectología del Hospital Militar Central".

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

Doctor **Hernán Darío Vergara Samur**
Supervisor de Contrato N° 315-2022

Elaboró:
Soraya Díaz Méndez
Cargo: AAS y D
Oficina: Servicio de Infectología

Revisó:
Dr. Hernán Darío Vergara S.
Cargo: Supervisor Contrato 315-2022
Oficina: Servicio de Infectología

Aprobó:
Dr. Hernán Darío Vergara S.
Cargo: Supervisor Contrato 315-2022
Oficina: Servicio de Infectología

Anexos: Lo enunciado en físico

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:	12/11/2025	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	oct-25

No. de Contrato:	315/2022	VALOR	$ 1.953.557.986,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-121-2022				
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICOS ESPECIALISTAS PARA EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA 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) :	15-44-101271889	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	29/11/2022

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	3925	7/01/2025	N/A	N/A	2525	7/01/2025	CMDE826	6/11/2025			$ 34.755.240,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 34.755.240,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

112

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2022	$ 45.491.200,00	$ -	$ -	$ 45.491.200,00	$ -
VIGENCIA 2023	$ 511.776.000,00	$ 53.625.800,00	$ -	$ 565.401.800,00	$ -
VIGENCIA 2024	$ 527.129.280,00	$ -	$ -	$ 527.129.280,00	$ -
VIGENCIA 2025	$ 542.943.158,00	$ -	$ -	$ 402.108.530,00	$ 140.834.628,
VIGENCIA 2026	$ 326.218.348,00	$ -	$ -	$ -	$ 326.218.348,
TOTAL CONTRATO	$ 1.953.557.986,00	$ 53.625.800,00	$ -	$ 1.540.130.810,00	$ 467.052.976,

Nombre del Supervisor : DOCTOR HERNAN DARIO VERGARA SAMUR		Fecha de notificación: 01/12/2022
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-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/10/10 y riesgos profesionales 2025/10/10 Planilla N° 9493090726– 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 / existencia a almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACION

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	FECHA DE SALIDA DEL	OBSERVACION

SERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): **FACTURACION CORRESPONDIENTE A OCTUBRE 2025**

TA 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 HERNAN DARIO VERGARA SAMUR		**FIRMA:**	
ÚMERO DE CEDULA:	**92.536.129**		
ELULAR : 3014764805		**CORREO: Hvergara@homil.gov.co**	

OCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

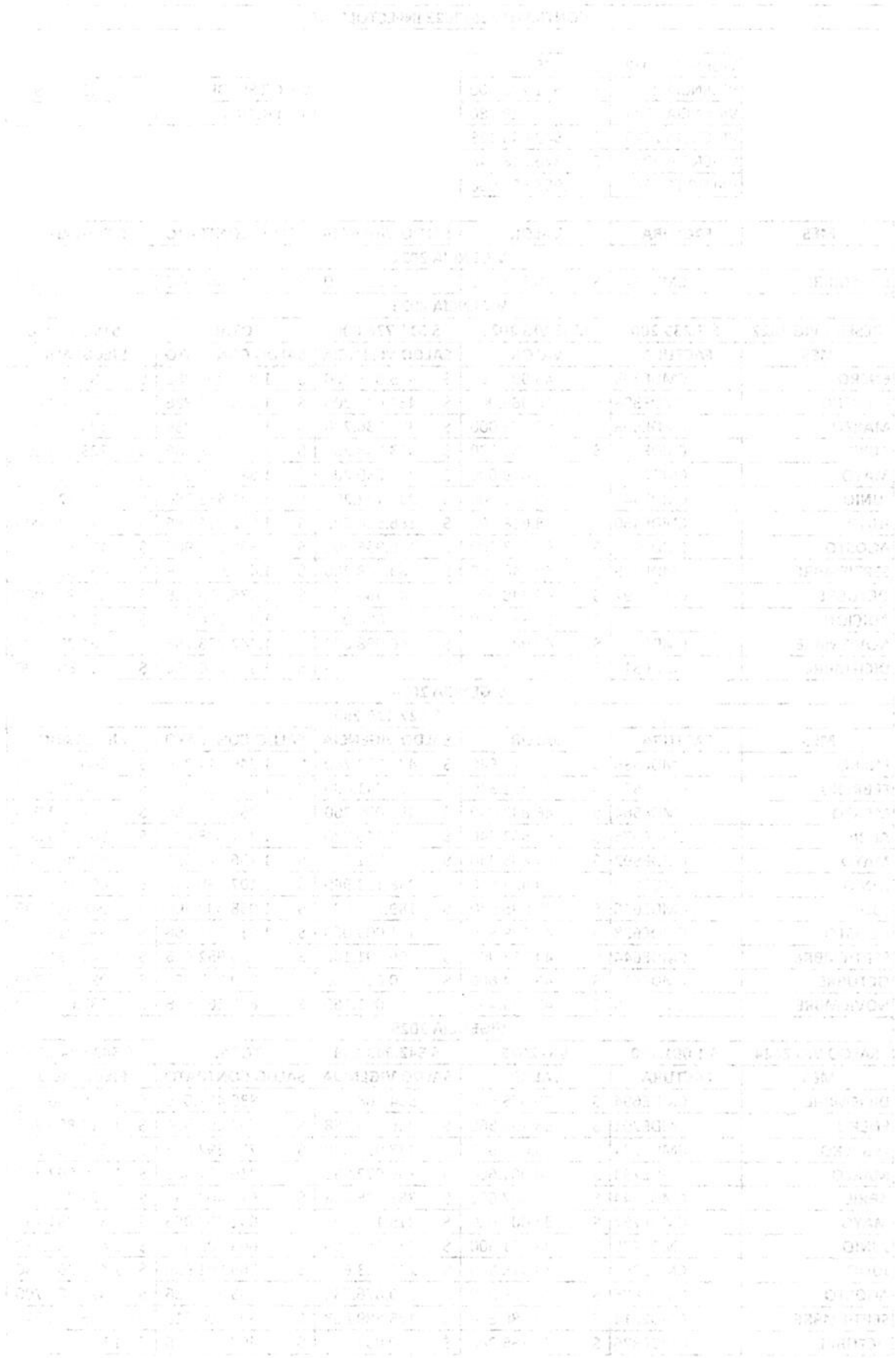
DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

CONTRATO 315/2022 INFECTOLOGIA

VIGENCIA 2022	$ 45.491.200
VIGENCIA 2023	$ 511.776.000
VIGENCIA 2024	$ 527.129.280
VIGENCIA 2025	$ 542.943.158
VIGENCIA 2026	$ 326.218.348
VALOR TOTAL	$ 1.953.557.986

VALOR SECOP	$ 1.953.557.986
DIFERENCIA	$ -

MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
VIGENCIA 2022					
DICIEMBRE	CMDE370	$ 38.256.000	$ 7.235.200	$ 1.915.301.986	$ 38.256.000
VIGENCIA 2023					
RESERV VIG 2022	$ 7.235.200	MAS VIG 2023	$ 511.776.000	TOTAL	$ 519.011.200
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	CMDE393	$ 43.998.000	$ 475.013.200	$ 1.871.303.986	$ 82.254.000
FEBRERO	CMDE398	$ 40.989.000	$ 434.024.200	$ 1.830.314.986	$ 123.243.000
MARZO	CMDE408	$ 50.088.000	$ 383.936.200	$ 1.780.226.986	$ 173.331.000
ABRIL	CMDE423	$ 50.088.000	$ 333.848.200	$ 1.730.138.986	$ 223.419.000
MAYO	CMDE439	$ 48.618.000	$ 285.230.200	$ 1.681.520.986	$ 272.037.000
JUNIO	CMDE449	$ 50.088.000	$ 235.142.200	$ 1.631.432.986	$ 322.125.000
JULIO	CMDE460	$ 48.618.000	$ 186.524.200	$ 1.582.814.986	$ 370.743.000
AGOSTO	CMDE473	$ 47.568.000	$ 138.956.200	$ 1.535.246.986	$ 418.311.000
SEPTIEMBRE	CMDE485	$ 49.248.000	$ 89.708.200	$ 1.485.998.986	$ 467.559.000
OCTUBRE	CMDE497	$ 49.248.000	$ 40.460.200	$ 1.436.750.986	$ 516.807.000
ADICION	1	$ 53.625.800	$ 94.086.000	$ 1.490.376.786	$ 516.807.000
NOVIEMBRE	CMDE509	$ 47.988.000	$ 46.098.000	$ 1.442.388.786	$ 564.795.000
DICIEMBRE	CMDE514	$ 46.098.000	$ -	$ 1.396.290.786	$ 610.893.000
VIGENCIA 2024					
			$ 527.129.280		
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	CMDE536	$ 50.076.540	$ 477.052.740	$ 1.346.214.246	$ 660.969.540
FEBRERO	CMDE554	$ 49.211.340	$ 427.841.400	$ 1.297.002.906	$ 710.180.880
MARZO	CMDE564	$ 46.832.040	$ 381.009.360	$ 1.250.170.866	$ 757.012.920
ABRIL	CMDE576	$ 48.562.440	$ 332.446.920	$ 1.201.608.426	$ 805.575.360
MAYO	CMDE592	$ 44.885.340	$ 287.561.580	$ 1.156.723.086	$ 850.460.700
JUNIO	CMDE599	$ 49.427.640	$ 238.133.940	$ 1.107.295.446	$ 899.888.340
JULIO	CMDE616	$ 48.995.040	$ 189.138.900	$ 1.058.300.406	$ 948.883.380
AGOSTO	CMDE628	$ 48.129.840	$ 141.009.060	$ 1.010.170.566	$ 997.013.220
SEPTIEMBRE	CMDE644	$ 44.217.900	$ 96.791.160	$ 965.952.666	$ 1.041.231.120
OCTUBRE	CMDE654	$ 46.164.600	$ 50.626.560	$ 919.788.066	$ 1.087.395.720
NOVIEMBRE	CMDE665	$ 49.625.400	$ 1.001.160	$ 870.162.666	$ 1.137.021.120
VIGENCIA 2025					
SALGO VIG 2024	$ 1.001.160	VIG 2025	$ 542.943.158	TOTAL	$ 543.944.318
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
DICIEMBRE	CMDE694	$ 39.675.600	$ 504.268.718	$ 830.487.066	$ 1.176.696.720
ENERO	CMDE701	$ 38.192.560	$ 466.076.158	$ 792.294.506	$ 1.214.889.280
FEBRERO	CMDE724	$ 38.001.600	$ 428.074.558	$ 754.292.906	$ 1.252.890.880
MARZO	CMDE733	$ 38.001.600	$ 390.072.958	$ 716.291.306	$ 1.290.892.480
ABRIL	CMDE744	$ 36.887.650	$ 353.185.308	$ 679.403.656	$ 1.327.780.130
MAYO	CMDE762	$ 38.001.600	$ 315.183.708	$ 641.402.056	$ 1.365.781.730
JUNIO	CMDE775	$ 38.001.600	$ 277.182.108	$ 603.400.456	$ 1.403.783.330
JULIO	CMDE790	$ 33.418.500	$ 243.763.608	$ 569.981.956	$ 1.437.201.830
AGOSTO	CMDE805	$ 34.086.870	$ 209.676.738	$ 535.895.086	$ 1.471.288.700
SEPTIEMBRE	CMDE814	$ 34.086.870	$ 175.589.868	$ 501.808.216	$ 1.505.375.570
OCTUBRE	CMDE826	$ 34.755.240	$ 140.834.628	$ 467.052.976	$ 1.540.130.810



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: 3182917212
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/10/2025 hasta: 31/10/2025.

Departamento	Fecha		
Bogotá	06	11	2025

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° CMDE826

Nombre o Razón Social:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	**NIT:**	830040256	**Fecha de firmado:**	06/11/2025 11:24:23
Dirección:	TV 3 49 02	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	3486868
Email:	facturacionsiif@homil.gov.co	**Forma de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Transferencia Crédito Bancario
Vencimiento:	Noviembre 21 del 2025	**Hora emisión:**	11:24:20-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	21/11/2025				
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	030	312,00	PROCESO DE INFECTOLOGIA	WSD				$111.395,00	$34.755.240,00

Notas:
15-19-00;315-2022;jchavez@homil.gov.co

SON: (treinta y cuatro millones setecientos cincuenta y cinco mil doscientos cuarenta pesos)
CUFE: 1e35d141b610b8c5d62c98dde431806ccd8fd34104b9445cc094a04252d23c278b4d6f8d07a8bdc425a3e575214ff95a

Subtotal:	$34.755.240,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$34.755.240,00
RetelCA:	$335.736,00
Neto Factura:	$34.419.504,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
RETENCIONES			
07 RetelCA	$34.755.240,00	0.966%	$335.736,00

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: I5+fA7/F5hdQMRWsA+izRs+Sfuajgpeoiow RUxW8q7C/qHBIrn/J4yRoMuy7qZx 9KJKyWUYJele+Hf/1T7183eHljCx8/gVeljDnKFNGId/rrr3Sr mWS0dS5Ztmnweb /czdatFC7DZxEkxLJPho+HKC2gRL3vHt12BtYf6c0LNjja45RbYSudNYOwUpVFpj uZOvaR8665hWUAL26udbMSk4upDBWYr9K4G N+HqM7mTqbmctWZdmaP8fRRvl3v57 RfqL+EMBRvroOhcYK248xjL5SaHMfnD9b6/UM6Tq6h+VyzUtU8DvkbaMbOiqTohq G76aaEYwFlr0uGESHrqb 9w==

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: 01/10/2025 hasta: 31/10/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
NIT. 900.789.891-7
CONTRATO PROCESO DE INFECTOLOGIA
MES DE OCTUBRE 2025

IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO	Valor Hora	Horas	Vr. Facturar
1.143.827.070	Muñeton	Lopez	Gerardo	Antonio	PROCESO INFECTOLOGIA	111.395	166	18.491.570
67.021.815	Villa	Sanchez	Lina	Maria	PROCESO INFECTOLOGIA	111.395	64	7.129.280
1.067.860.887	Badel	Ramos	Laura	Maria	PROCESO INFECTOLOGIA	111.395	82	9.134.390
						TOTAL FACTURA	**312**	**34.755.240**

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900789891	7	CORPORACION 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
2025-09	2025-10	1842478797	9493090726	E	2025/10/22	2025/10/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$35,223,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				27	$13,233,800	$0	$0	$13,233,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$376,700	$0	$0	$376,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	11	$7,263,800	$0	$0	$7,263,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$2,765,600	$0	$0	$2,765,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$2,827,700	$0	$0	$2,827,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				28	$2,165,400	$0	$0	$2,165,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	28	$2,165,400	$0	$0	$2,165,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				28	$3,820,800	$0	$0	$3,820,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	28	$3,820,800	$0	$0	$3,820,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				28	$11,227,100	$0	$0	$11,227,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	7	$2,652,000	$0	$0	$2,652,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$1,338,400	$0	$0	$1,338,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$192,300	$0	$0	$192,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,372,300	$0	$0	$1,372,300
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$1,089,300	$0	$0	$1,089,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$239,000	$0	$0	$239,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	9	$4,343,800	$0	$0	$4,343,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				28	$2,866,100	$0	$0	$2,866,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	28	$2,866,100	$0	$0	$2,866,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				28	$1,910,700	$0	$0	$1,910,700
SENA	PASENA	899,999,034	1	28	$1,910,700	$0	$0	$1,910,700
TOTAL				**28**	**$35,223,900**	**$0**	**$0**	**$35,223,900**

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
CORPMED
NIT. 900789.891-7

Bogotá, 11 noviembre de 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 11 días del mes noviembre 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