



12/02/2026

296/2022

SASS-100-2022-HOMIL

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, NEUROPSICOLOGIA, MEDICINA HIPERBARICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y/O NEUROCIENCIAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRALCORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIAOTR

Cuenta Bancaria No.	474100059697	Banco:	DAVIVIENDA	Tipo de Cuenta	Ahorros	X	Corriente
---------------------	--------------	--------	------------	----------------	---------	---	-----------

Cumplimiento (Si aplica):	15-44-101271306	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15/11/2022
---------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------	---	------------

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2022	\$ 80.583.842,00	\$ -	\$ -	\$ 80.583.842,00	\$ -
VIGENCIA 2023	\$ 664.010.853,96	\$ -	\$ 62.000.000,00	\$ 602.010.853,96	\$ -
VIGENCIA 2024	\$ 683.931.179,58	\$ -	\$ 25.000.000,00	\$ 658.931.179,58	\$ -
VIGENCIA 2025	\$ 704.449.114,97	\$ 47.000.000,00	\$ -	\$ 751.449.114,97	\$ -
VIGENCIA 2026	\$ 423.256.509,91	\$ -	\$ -	\$ 146.527.411,49	\$ 276.729.098,42
TOTAL CONTRATO	\$ 2.556.231.500,42	\$ 47.000.000,00	\$ 87.000.000,00	\$ 2.239.502.402,00	\$ 276.729.098,42

Nombre del Supervisor : DOCTOR GABRIEL ANTONIO HERNANDEZ KUNSEL	Fecha de notificación: 01/10/2024
---	-----------------------------------

Plazo de ejecución	15/11/2022	31/07/2026
--------------------	------------	------------

Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más
------------------------	-------------------------------------

Prorrogas:	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/01/14 y riesgos profesionales 2026/01/14 Planilla N° 9497876197- correspondiente al mes de DICIEMBRE en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (DICIEMBRE); 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 detallada el cuadro realcionado a continuacion:

[illegible]

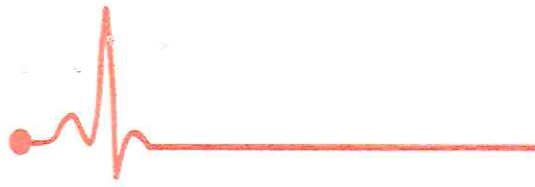
OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar): FACTURACION MES DE ENERO 2026

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.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DOCTOR GABRIEL ANTONIO HERNANDEZ KUNSEL				FIRMA: 	
NÚMERO DE CEDULA:		79.437.799			
CELULAR : 3102415541				CORREO: Gahernandez@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Plan de Seguridad Social	X	1

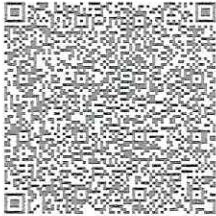


Factura Electrónica de Venta CMQ - 1026

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764098230802 de 05/09/2025 - 05/09/2027 autoriza CMQ - 1,000 a CMQ - 2,000

Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación Estandar
Fecha de Generación 03/02/2026 11:18
Fecha de Vencimiento 18/02/2026 11:18
Fecha de Validación 03/02/2026 11:16
Forma de Pago Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago Transferencia Crédito Bancario
Moneda COP



DATOS DEL EMISOR		DATOS DEL CLIENTE	
Razón Social	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA	Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Nombre Comercial	CORPMED	Nombre Comercial	
NIT	900789891	NIT	830040256
Obligación	NO APLICA	Obligación	IVA
Email	corp-med@hotmail.com	Email	facturacionsiif@homil.gov.co
Teléfono	6019143919	Teléfono	6013486868
Dirección Fiscal	CL 18 77 51 OF 416, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)	Dirección	TV 3 49 02
		Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	025	PROCESO DE MEDICINA HIPERBARICA	1	WSD	\$5,671,317.00		\$5,671,317.00	\$5,671,317.00
2	026	PROCESO DE NEUROPSICOLOGIA	1	WSD	\$25,089,432.00		\$25,089,432.00	\$25,089,432.00
3	027	PROCESO DE PSICOLOGIA CLINICA	1	WSD	\$9,593,013.00		\$9,593,013.00	\$9,593,013.00
4	028	PROCESO DE PSIQUIATRIA	1	EA	\$30,238,293.00		\$30,238,293.00	\$30,238,293.00
5	029	PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL	1	WSD	\$2,870,526.00		\$2,870,526.00	\$2,870,526.00

5

Subtotal \$73,462,581.00
RETE ICA -\$709,649.00

Total a Pagar \$72,752,932.00

#\$15-19-00;296-2022;jchavez@homil.gov.co#\$
Periodo correspondiente a 01/01/2026 al 31/01/2026
Unidades de medida: EA = cada, WSD = estándar

FIRMA EMISOR



Handwritten text, possibly a signature or date, located in the bottom left corner of the page.