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:	3/08/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jul-26

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 2026	12826	6/01/2026	128	6/01/2026	12826	6/01/2026	CQM1107	31/07/2026			$ 75.608.256,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 75.608.256,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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	$ 332.000.000,00	$ -	$ 926.197.918,00	$ -
VIGENCIA 2026	$ 355.617.174,00	$ 448.032.799,00	$ -	$ 524.387.221,00	$ 279.262.752,00
TOTAL CONTRATO	$ 1.576.710.367,00	$ 935.032.799,00	$ -	$ 2.232.480.414,00	$ 279.262.752,00

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 2026/7/23 y riesgos profesionales 2026/07/23 Planilla N° 9507711917 – 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

Ç

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 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.

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:

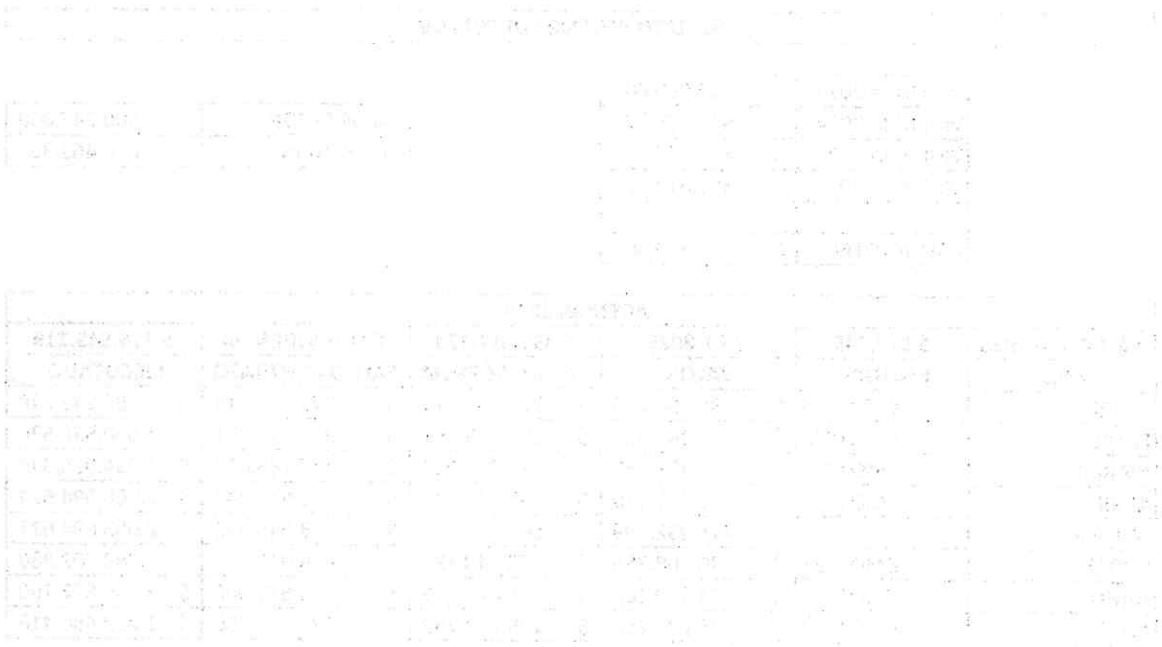
DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

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

VIGENCIA 2026					
SALGO VIG 2025	$ 927.945	VIGE 2026	$ 355.617.174	TOTAL VIGENCIA	$ 356.545.119
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	CMQ1025	$ 85.080.000	$ 271.465.119	$ 271.465.119	$ 1.792.245.248
FEBRERO	CMQ1040	$ 68.291.328	$ 203.173.791	$ 203.173.791	$ 1.860.536.576
MARZO	CMQ1052	$ 74.388.768	$ 128.785.023	$ 128.785.023	$ 1.934.925.344
ABRIL	CMQ1062	$ 73.169.280	$ 55.615.743	$ 55.615.743	$ 2.008.094.624
ADICION	4	$ 448.032.799	$ 503.648.542	$ 503.648.542	$ 2.008.094.624
MAYO	CMQ1095	$ 75.608.256	$ 428.040.286	$ 428.040.286	$ 2.083.702.880
JUNIO	CMQ1096	$ 73.169.280	$ 354.871.006	$ 354.871.006	$ 2.156.872.160
JULIO	CMQ1107	$ 75.608.256	$ 279.262.750	$ 279.262.750	$ 2.232.480.416



Factura Electrónica de Venta CMQ - 1107

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

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/07/2026 11:25
Fecha de Vencimiento	15/08/2026 11:25
Fecha de Validación	31/07/2026 15:46
Forma de Pago	Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago	Transferencia Crédito Bancario
Moneda	COP

ctividad Económica Principal 8621
lo somos Gran Contribuyente
lo somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
lo somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
Nombre Comercial	CORPMED
NIT	900789891
Obligación	NO APLICA
Email	corp-med@hotmail.com
Teléfono	6019143919
Dirección Fiscal	CL 18 77 51 OF 416, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Nombre Comercial	
NIT	830040256
Obligación	IVA
Email	facturacionsiif@homil.gov.co
Teléfono	6013486868
Dirección	TV 3 49 02
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	017	PROCESO DE ORTOPEDIA EN URGENCIAS	744	WSD	$101,624.00		$75,608,256.00	$75,608,256.00

1

Subtotal	$75,608,256.00
Ret. ICA (0.966%)	-$730,376.00
Total a Pagar	$74,877,880.00

#$15-19-00;Contrato466-2023;jchavez@homil.gov.co#$
Periodo correspondiente a 01/07/2026 al 31/07/2026
No practicar retención en la fuente a título de renta, pertenecemos al régimen tributario especial de renta Art. 19 E.T. Somos Grandes Contribuyentes de ICA Bogotá según Res. DDI-029334 de 2025
Unidades de medida: WSD = estándar

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
03 AUG 2026

CUFE: c27fef97d46fffb8429c5564593a438fa340fab852bd7f0b27b0cc2c06752033ab45f40df7bfc9f63b8b1d3df9b0c31f

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

CORPORACIÓN MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA - COPRMED

NIT. 900.788.851-7

1 jul

ORTOPEDIA DE URGENCIAS

	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	Jueves	Viernes
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
Ortopedia 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

Total Horas De Urgencias	744
Horas Asignadas Cumplimiento Servicio	0
TOTAL HORAS A FACTURAR	**744**
Valor Hora 2025	101304
VALOR A FACTURAR JULIO 2025	**75 380 256**
Horas de Consulta Externa o Disponibi	0
Valor Hora	101304
VALOR HORAS CONSULTA EXTERNA	**0**
Acompañamiento a Consulta Externa S	0
VALOR CONSULTA EXTERNA	**0**
VALOR TOTAL A FACTURAR	**75 380 256**

aportes en línea

Planilla Integrada

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
2026-06	2026-07	486675167	9507711917	E	2026/07/23	2026/07/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$41,669,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				31	$16,736,000	$0	$0	$16,736,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$378,000	$0	$0	$378,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	14	$10,773,700	$0	$0	$10,773,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	10	$3,955,800	$0	$0	$3,955,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	6	$1,628,500	$0	$0	$1,628,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$2,456,000	$0	$0	$2,456,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	31	$2,456,000	$0	$0	$2,456,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$4,250,100	$0	$0	$4,250,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	31	$4,250,100	$0	$0	$4,250,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				31	$12,913,300	$0	$0	$12,913,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	5	$1,920,600	$0	$0	$1,920,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	8	$2,347,200	$0	$0	$2,347,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$1,534,100	$0	$0	$1,534,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$645,100	$0	$0	$645,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	13	$6,247,400	$0	$0	$6,247,400
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$3,188,000	$0	$0	$3,188,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	31	$3,188,000	$0	$0	$3,188,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				31	$2,125,800	$0	$0	$2,125,800
SENA	PASENA	899,999,034	1	31	$2,125,800	$0	$0	$2,125,800
TOTAL				31	$41,669,200	$0	$0	$41,669,200

CORPORACION MEDICO QUIRURGICA DE COLOMBIA
CORPMED
NIT. 900789.891-7

Bogotá, 3 agosto de 2026

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 3 días del mes de agosto de 2026.

Atentamente.

Andrés Ricardo Barragán Ortiz
Representante Legal.

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