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:	01-09-26	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	Aug-26

No. de Contrato:	296/2022			VALOR	$ 2,556,231,500.42		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SASS-100-2022-HOMIL						
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, NEUROPSICOLOGIA, MEDICINA HIPERBARICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y/O NEUROCIENCIAS 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) :	15-44-101271306	Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	15-11-22		

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	2126	06-01-26	21	06-01-26	2126	06-01-26	CMQ1116	27-08-26			$ 72,454,638.00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 72,454,638.00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: SETENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO 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	$ 459,778,419.58	$ -	$ 654,919,622.49	$ 228,115,307.00
TOTAL CONTRATO	$ 2,556,231,500.42	$ 506,778,419.58	$ 87,000,000.00	$ 2,747,894,613.00	$ 228,115,307.00

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

Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	15-11-22	31-07-26
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 2026/08/25 y riesgos profesionales 2026/08/25 Planilla N° 9509630257 – correspondiente al mes de JULIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 / existencias 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 MES DE AGOSTO DE 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 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
Pago de Seguridad Social	X	1

Factura Electrónica de Venta CMQ - 1116

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	27/08/2026 12:59
Fecha de Vencimiento	11/09/2026 12:59
Fecha de Validación	27/08/2026 13:58
Forma de Pago	Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago	Transferencia Crédito Bancario
Moneda	COP

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	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	$29,230,350.00		$29,230,350.00	$29,230,350.00
5	029	PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL	1	WSD	$2,870,526.00		$2,870,526.00	$2,870,526.00

5

Subtotal	$72,454,638.00
Ret. ICA (9.66 por mil)	-$699,912.00
Total a Pagar	**$71,754,726.00**

#$15-19-00;296-2022;jchavez@homil.gov.co#$
Periodo correspondiente a 01/08/2026 al 31/08/2026
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: EA = cada, WSD = estándar

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
01 SEP 2026

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 659b7cbddcef1ebdc48887f2e5bb2746c1072d574c93f3163a7b9f3b4b5223db39333ee238f3b67f25b54a6a8ce0df4d

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648