HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00165-202620154-HMC Id: 496097
Folios: 1 Fecha: 08-07-2026 15:55:18
Anexos: 0
Remitente: HOSPITALIZACION
Destinatario: UNIDAD DE COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

Bogotá, D.C.,

Sargento Mayor (RA)
Luis Orlando Albarracín Duarte
Profesional de Defensa
Área de Presupuesto
Hospital Militar Central

Asunto: Entrega de Informes de Supervisión mes Junio - Contrato 346/2025

Con el presente se envía el informe de supervisión para trámite de pago del contrato 346/2025, Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión Especializada en el Servicio de Medicina Familiar y Paliativos del Hospital Militar Central correspondiente al mes de Junio 2026.

Lo anterior para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Doctora **Fanny Violeta Osorio Medina**
Servidora Misional en Sanidad Militar
Supervisora Contrato 346-2025

10 JUL 2026
10:28

AL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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

echa:	7/07/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jun-26

No. de Contrato:	346/2025	VALOR	$ 2.695.573.300,00
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SASS-050-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION ESPECIALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR Y PALIATIVOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	UNION TEMPORAL ALMEDICO U.T.	NIT/ CC	902021195-1
Clase de Contrato	OTRO	Modalidad de Contratación	SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD

Cuenta Bancaria No.	24152192192	Banco:	CAJA SOCIAL	Tipo de Cuenta	Ahorros	X	Corriente	

Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	11-44-101273851	Asegurador a (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	31/12/2025

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	20026	7/01/2026	200	7/01/2026	20026	7/01/2026	AMUT-8	6/07/2026			$ 350.615.969,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 350.615.969,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRESCIENTOS CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS PESOS M/CTE

VIGENCIA	VR. CONTRATO	VR. ADICION	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES	VR. EJECUTADO	SALDO CONTRATO
VIGENCIA 2025	$ 12.333.300,00	$ -	$ -	$ 12.333.300,00	$ -
VIGENCIA 2026	$ 2.683.240.000,00	$ 1.234.000.000,00	$ -	$ 2.177.211.841,00	$ 1.740.028.159,00
TOTAL CONTRATO	$ 2.695.573.300,00	$ 1.234.000.000,00	$ -	$ 2.189.545.141,00	$ 1.740.028.159,00

Nombre del Supervisor : DRA. FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA	Fecha de notificación: 13/02/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO: 31/12/2025 — FECHA DE TERMINACION: 31/07/2026
Vigencia del Contrato:	Plazo de ejecución y seis meses más
Prorrogas:	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JUNIO), EL CONTRATISTA certifica el aporte mediante oficio; 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 o 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 JUNIO 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	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: DRA. FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA		FIRMA:	
NÚMERO DE CEDULA:	51.828.889		
CELULAR : 3138825070		CORREO: Fosorio@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	2
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1

CONTRATO 346/2025

VIGENCIA 2025	$ 12.333.300
VIGENCIA 2026	$ 2.683.240.000
VALOR TOTAL	$ 2.695.573.300

VIGENCIA 2025					
VIGENCIA 2025		$ 12.333.300			
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
DICIEMBRE	AMUT-2	$ 12.296.504	$ 36.796	$ 2.683.276.796	$ 12.296.504
VIGENCIA 2026					
SALDO VIG 2025	$ 36.796	VIG 2026	$ 2.683.240.000	TOTAL	$ 2.683.276.796
MES	FACTURA	VALOR	SALDO VIGENCIA	SALDO CONTRATO	EJECUTADO
ENERO	AMUT3	$ 374.559.894	$ 2.308.716.902	$ 2.308.716.902	$ 386.856.398
FEBRERO	AMUT4	$ 352.104.270	$ 1.956.612.632	$ 1.956.612.632	$ 738.960.668
MARZO	AMUT5	$ 379.031.350	$ 1.577.581.282	$ 1.577.581.282	$ 1.117.992.018
ABRIL	AMUT6	$ 363.505.824	$ 1.214.075.458	$ 1.214.075.458	$ 1.481.497.842
MAYO	AMUT7	$ 357.431.330	$ 856.644.128	$ 856.644.128	$ 1.838.929.172
JUNIO	AMUT8	$ 350.615.969	$ 506.028.159	$ 506.028.159	$ 2.189.545.141

ÉDICO U.T.

conómica Principal 8621
s Gran Contribuyente
os Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
mos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta AMUT - 8

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764104400747 de 08/01/2026 - 08/01/2028 autoriza AMUT - 1 a AMUT - 1,000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	06/07/2026 11:20
Fecha de Vencimiento	21/07/2026 11:20
Fecha de Validación	06/07/2026 15:31
Forma de Pago	Crédito 15 DÍAS
Medio de Pago	Transferencia Crédito Bancario
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	ALMEDICO U.T.
NIT	902021195
Obligación	IVA
Email	ut.almedico@gmail.com
Teléfono	6019143919
Dirección Fiscal	CL 18 77 51 CC MALL COMERCAL Y EMPRESARIAL MERIDIANO 13 ESTE OF 416, BOGOTA, D.C., (BOGOTA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	HOSPITAL MILITAR CENTRAL
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	02	PROCESOS DE CUIDADO PALIATIVO	1	WSD	$28,569,513.00		$28,569,513.00	$28,569,513.00
2	01	PROCESOS DE MEDICINA FAMILIAR	1	WSD	$322,046,456.00		$322,046,456.00	$322,046,456.00
2								

Subtotal	$350,615,969.00
Ret. ICA (0.9660000419490367%)	-$3,386,950.00
Total a Pagar	**$347,229,019.00**

#$15-19-00;346-2025;jchavez@homil.gov.co#$
Periodo correspondiente a 01/06/2026 al 30/06/2026
No practicar retención en la fuente a título de renta pues el total de los participes pertenecen al régimen tributario especial de renta Art. 19 E.T.
Unidades de medida: WSD = estándar

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

GECO
VISADO FACTURA
FECHA ENTREGA
10 JUL 2026

CUFE: f3e99ee7e3b17c2194ced28a31df1c2b0f07cdba71eab009576c9f2ee7d4b99856e99ba74693d605c22f5c6621b4c5b8

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

ALMEDICO U.T.

Bogotá, 06 de Julio 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 Unión temporal Almedico identificada con NIT. 902.021.195-1, 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 dias del mes de Julio de 2026. Atentamente.

Andrés Ricardo Barragán Ortiz
Representante Legal

Dirección: Calle 18 #77-51 of 416
Teléfonos: 7046446 - 3182917212
E-mail: corporación.almedico@gmail.com

Y CUIDADO PALEATIVO

					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	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes		
					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		
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	PROCESO	VALOR A FACTURAR MES COMPLETO	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D		TOTAL
Sevilla	Perez	Liana	Medico Familiar y cuidado paleativo		6	6	7	6	8				6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6					6		129

HOSPITALIZACION DE 7 AM A 3 PM

Convenciones :

Y CUIDADO PALEATIVO

					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	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes	Miércole	Jueves	Viernes	Sábado	Doming	Lunes	Martes	Domingo	
					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							
ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	PROCESO	VALOR A FACTURAR MES COMPLETO	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D						TOTAL
evilla	Perez	Liana	Medico Familiar y cuidado paleativo		6	8	6	6	6				6	6	6	6				8	6	6	6				8	6	6	6	6					6						120

Convenciones :

0
0
#VALOR!
31

#VALOR!
0
0
0
0
0
0
0
0
0

AVALUO COMER
NIT 900291195
EN PESOS A LA FECHA DE AVALUO
MES DE PRUEBA 2018

IDENTIFICACION	LOCALIZACION	USO ACTUAL	USO MEJOR	OTROS FACTORES	PRODUCTO ACEPTADO	ZONA HOMOGENEA	VALOR ZONA (M2)	VALOR FACTORADO (COMC
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
						1.429		197.213.172

COPIA CONTROLADA

ALMEDICO UT
NIT.902021195
MEDICINA FAMILIAR

NETO
Valor hora $ 101.624
Mes Liquidación jun-26

MEDICINA FAMILIAR						LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR		Max	120
IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO	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		Total Jornadas	Vr. Facturar
63.543.751	Marcelles	Acosta	Andrea	Elizabeth	Medicina Familiar	6	6	6	6	0				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6				6		108	10.975.392
10.488.589	Manquera	Tobar	Moises	Enrique	Medicina Familiar	6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6	12		6	6	6	6	6				6		126	12.804.624
1.032.349.037	Coniuegra	Porres	Jullys	Minia	Medicina Familiar	4	4	4	4	4				4	4	4	4		12	12	4	4	4	4			4	4	4	4	4				4		100	10.162.400
1.032.364.531	Paez		Stiven	Andrés	Medicina Familiar	6	6	6	12	6		12		6	6	6	6				6	6	6	12			6	6	6	6	6			12	6		150	15.243.600
1.020.720.314	Galindo		Adriana		Medicina Familiar	4	4	4	4	4			12	4	4	4	4				4	4	4	4		12	4	4	4	4	4				4		100	10.162.400
53.140.411	Herrera		Kelly		Medicina Familiar	6	12	6	6	12				6	6	12	6	12			6	12	6	6			12	6	6	12	6				6		162	16.463.088
80.168.049	Ortiz		Diego		Medicina Familiar	6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6				6		114	11.585.136
1.026.578.795	Pinienta		Monica		Medicina Familiar	6	6	6	6	6				6	6	6	12				6	6	6	6		12	6	12	6	6	6		12		6		150	15.243.600
1.082.915.029	Barbosa		Angie		Medicina Familiar	6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			0	6	6	6	6				6		108	10.975.392
1.010.166.365	Tabares		Claudia		Medicina Familiar	6	6	12	6	6	12			12	6	6	6				6	6	12	6			6	6	12	6	12				6		156	15.853.344
1.014.214.509	Tequica		Xiomara		Medicina Familiar	6	6	6	6	12				6	6	6	0				6	6	12	6			12	6	6	6	6	12			6		138	14.024.112
52.928.818	Ayala		Laura		Medicina Familiar	12	6	6	6	6				6	12	6	12				12	6	0	6			6	6	6	6	6				12		138	14.024.112
																																					1.550	157.517.209

MEDICINA FAMILIAR						LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	DOM		
IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO	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	Total Horas	Vr. Facturar
52.243.297	Carranza		Paola		Medicina Familiar/ADMO	4	4	4	4	4												4	4	4			4	4	4	4	4				4			56	5.690.944

MEDICINA FAMILIAR						LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	LUN	MAR	DOM		
IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO	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	Total Horas	Vr. Facturar
79.435.816	Mondvelto		Marcelano		Medicina Familiar/ADMO	6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6				6			114	11.585.136

		Neto liquidacion de nomina	174.793.280
Medicina Familiar		1.720	174.793.280
Pediatrias	TOTAL:		28.569.513
Urgencias	Total		147.253.176
	TOTAL A FACTURAR	350.615.969	322.046.456

total horas	3.418
total fact	350.615.969