HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00165-202624002 HMC Id: 503599
Folios: 1 Fecha: 13-08-2026 07:36:02
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 Julio - 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 Julio 2026.

Lo anterior para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

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

13 AGO 2026
Jaqueline
8:35 am

LITAR 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

na:	6/08/2026	INFORME DE SUPERVISOR		TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jul-26

o. 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-9	6/08/2026			$ 363.079.662,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											$ 363.079.662,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS 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	$ -	$ 2.540.291.503,00	$ 1.376.948.497,00
TOTAL CONTRATO	$ 2.695.573.300,00	$ 1.234.000.000,00	$ -	$ 2.552.624.803,00	$ 1.376.948.497,00

Nombre del Supervisor : DRA. FANNY VIOLETA OSORIO MEDINA		Fecha de notificación: 13/02/2026
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
	31/12/2025	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 (JULIO), 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 / 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 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	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

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
ADICION		$ 1.234.000.000	$ 2.090.644.128	$ 2.090.644.128	$ 1.838.929.172
JUNIO	AMUT8	$ 350.615.969	$ 1.740.028.159	$ 1.740.028.159	$ 2.189.545.141
JULIO	AMUT9	$ 363.079.662	$ 1.376.948.497	$ 1.376.948.497	$ 2.552.624.803

MEDICO U.T.

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

Factura Electrónica de Venta AMUT - 9

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	06/08/2026 08:25
Fecha de Vencimiento	21/08/2026 08:25
Fecha de Validación	06/08/2026 08:25
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	$29,143,198.00		$29,143,198.00	$29,143,198.00
2	01	PROCESOS DE MEDICINA FAMILIAR	1	WSD	$333,936,464.00		$333,936,464.00	$333,936,464.00

2

Subtotal	$363,079,662.00
Ret. ICA (9.66 por mil)	-$3,507,350.00
Total a Pagar	$359,572,312.00

#$15-19-00;346-2025;jchavez@homil.gov.co#$
Periodo correspondiente a 01/07/2026 al 31/07/2026
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
13 AUG 2026

CUFE: 86d1ee4f3b5dac35ae6128f9f6d291ef6a0a62614166f7d4563e3312f7da9fe0e6c7e0608529c50eb7f6213346ae6e20

MEDICINA FAMRIAR Y CUIDADO PALEATIVO

IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	PROCESO	VALOR A FACTURAR MES COMPLETO	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	TOTAL
						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	
53.103.547	Estrada	Hermudez	Diana	Medico Familiar y cuidado paliativo		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	
						6	6	7			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	7	6	128

HOS: CUBRIMIENTO HOSPITALIZACION DE 7 AM A 3 PM
TOTAL: 100 HORAS

Convenciones :

MEDICINA FAMILIAR Y CUIDADO PALEATIVO

IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	PROCESO	VALOR A FACTURAR MES COMPLETO	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	TOTAL
						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	
1.032.383.865	Saavedra	Perras	Liliana	Medico Familiar y cuidado paliativo		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	
						6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6	126

Convenciones :

HORARIO
(HOSP D) DIA (7-1)
(HOSP T) TARDE (1-7)

TOTAL:	$ 29.143.193

[illegible] UT
NIT.902021155
[illegible]
MES DE JULIO 2025

IDENTIFICACION	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	OTROS NOMBRES	PROCESO A CARGO	JORNADAS JULIO 2025	VALOR HORA 2025	VALOR A FACTURAR JULIO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Madre Familiar	[illegible]	101.674	[illegible]
						1.521		154.674.576

ALMEDICO UT
NIT.902021195
MEDICINA FAMILIAR

NETO
Valor hora $ 101.624
Mes Liquidación Jul-26

MEDICINA FAMILIAR						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	MIE	JUE	VIE	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	31	Total Jornadas	Vr. Facturar
63.543.759	Marciales	Acosta	Andrea	Elizabeth	Medicina Familiar	6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6	126	12.804.624
10.461.983	Mosquera	Tobar	Moises	Enrique	Medicina Familiar	6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6		12	6	6	6	6	6	138	14.024.112
1.032.389.097	Consuegra	Porras	Jullys	Maria	Medicina Familiar	4	4	4			4	4	4	4	4				4	4	4	4		12	12	4	4	4	4			4	4	4	4	4	108	10.975.392
1.032.364.531	Paez		Stiven	Andres	Medicina Familiar	6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	12				6	6	6	6	12		6	6	6	6	12	150	15.243.600
1.020.720.314	Galindo		Adriana		Medicina Familiar	4	4	4			4	4	4	4	4			12	4	4	4	4				4	4	4	4			4	4	4	4	6	98	9.959.152
53.140.431	Herrera		Kelly		Medicina Familiar	6	12	6	12		12	6	6	6	12				6	12	6	6				12	6	6	12			6	6	12	6	6	180	18.292.320
80.168.849	Ortiz		Diego		Medicina Familiar	6	6	6			6	6	6	6	6				0	0	0	0				0	0	0	0			0	0	0	0	0	48	4.877.952
1.026.578.795	Palacio		Monica		Medicina Familiar	12	6	12			6	6	12	6	6				6	6	6	6	12			6	6	12	6			6	12	6	6	12	174	17.682.576
	Diaz	Martinez	Laura	Camila	Medicina Familiar	0	0	0			0	0	0	0	0				6	6	6	6				6	6	6	6			6	0	6	6	0	66	6.707.184
1.012.915.029	Barbosa		Angie		Medicina Familiar	6	6	6			0	0	0	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6	108	10.975.392
1.010.163.365	Tobares		Claudia		Medicina Familiar	6	6	6		12	0	0	4	0	0				0	0	4	0				0	4	0	0			4	0	0	4	0	50	5.081.200
1.014.214.503	Toquica		Xiombra		Medicina Familiar	6	6	6			12	12	6	6	6	12			6	6	6	6				6	6	6	6			6	12	6	6	6	156	15.853.344
52.921.818	Ayala		Leura		Medicina Familiar	6	6	6			6	12	6	12	6		12		12	6	6					6	6	6	6			6	6	6	6	6	150	15.243.600
																																			1.552	157.720.448

MEDICINA FAMILIAR						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	MIE	JUE	VIE		
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	4	4			4	4	4	4	4	84	8.536.416

MEDICINA FAMILIAR						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	MIE	JUE	VIE		
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	Mendivelso		Marceliano		Medicina Familiar/ADMO	6	6	6			6	6	6	6	6				6	6	6	6				6	6	6	6			6	6	6	6	6	126	12.804.624

		Neto liquidacion de nomina	179.051.488
Medicina Familiar		1.762	179.051.488
Paliativos	TOTAL	29.143.158	
Urgencias	Total	154.874.976	
	TOTAL A FACTURAR	183.079.662	333.936.464

ALMEDICO U.T.

Bogotá, 06 de 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 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 Agosto 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