


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>				<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>	
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>				<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>	
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>				<b>VERSIÓN: 10</b>	
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>					
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>						<b>PAGINA 1 DE 2</b>	

<b>Fecha:</b>	17/7/2025	<b>INFORME DE SUPERVISOR</b>	X	<b>TRAMITE PARA PAGO</b>	X	<b>MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME</b>	Jul-25
---------------	-----------	------------------------------	---	--------------------------	---	---	--------

<b>No. de Contrato:</b>	SP-SSAA-0376-2025			<b>VALOR</b>	\$	12.533.300,00
-------------------------	-------------------	--	--	--------------	----	---------------

<b>N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual</b>	SP-GECO-0273-2025					
---	-------------------	--	--	--	--	--

<b>Objeto</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA HOSPITAL MILITAR CENTRAL.					
---------------	---	--	--	--	--	--

<b>Nombre de Contratista</b>	YADIRA HERNANDEZ CARDOZO	<b>NIT/CC</b>	28561991
------------------------------	--------------------------	---------------	----------

<b>Clase de Contrato</b>	PRESTACION DE SERVICIOS	<b>Modalidad de Contratación</b>	PRESTACION DE SERVICIOS
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-------------------------

<b>Cuenta Bancaria No.</b>	91275616228	<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA	<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	X	Corriente
----------------------------	-------------	---------------	-------------	------------------------	---------	---	-----------

<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica) :</b>	<b>Aseguradora (Si aplica):</b>	<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>
--	---------------------------------	--

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL							No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACÉN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMIC A No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP						
VIGENCIA AÑO (:2025)	141525	23/4/2025	525	23/4/2025	181925	23/4/2025	JULIO	N/A				\$ 2.000.000,00

**VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:** \$ 2.000.000,00

**VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:** Dos millones de pesos M/cte.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO:(2025)	\$ 12.533.300,00			\$ 6.533.300,00	\$ 6.000.000,00
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ -			\$ -	\$ -
	\$ -			\$ -	\$ -
<b>TOTAL CONTRATO</b>	<b>\$ 12.533.300,00</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 6.533.300,00</b>	<b>\$ 6.000.000,00</b>

<b>Nombre del Supervisor</b>	Mayor. IRINA GARCIA GUERRERO	<b>Fecha de notificación:</b>	23/04/2025
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------

<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>		<b>FECHA DE TERMINACION</b>	
	23/4/2025		31/10/2025	

<b>Vigencia del Contrato:</b>	31 DE OCTUBRE 2025
-------------------------------	--------------------

<b>Prorrogas:</b>	<b>En tiempo -</b> igual al plazo de ejecución y cuatro (7) meses más
	1-
	2-

**NOTA 1:** Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 14/07/2025 Planilla N° 88050906 – correspondiente al mes de Junio 2025. 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 documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo.  
DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

**NOTA 2:** De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato como prestadora de servicios AUXILIAR DE GESTION, cumplió con sus actividades para el mes de Julio de 2025, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de Julio de 2025.

**NOTA 3 :** Omitido

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 INSTALACION	FECHA DE INSTALACION	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):

**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 No. 2						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:** Mayor. IRINA GARCIA GUERRERO

**NÚMERO DE CEDULA:**

31577176

**CELULAR :**

3108451285

**CORREO:** irgarcia@homil.gov.co

**DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:**

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

La empresa **YADIRA HERNANDEZ CARDOZO**, identificada con **CC** número **28561991**, aportó por **YADIRA HERNANDEZ CARDOZO** identificado(a) con **CC** número **28561991** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	N	R	T	T	T	T	V	V	S	S	L	S	I	L	V	V	A	V	I	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	57																			0	30	\$1,423,500	0.02000	\$28,500	\$0	\$0	Junio - 2025	88050906	14/07/2025	NO	
EPS008	Compensar EPS	57																			0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Junio - 2025	88050906	14/07/2025	NO	
230301	Porvenir	57																			0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Junio - 2025	88050906	14/07/2025	NO	
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	57																			0	30	\$1,423,500	0.00522	\$7,500	\$0	\$0	Junio - 2025	88050906	14/07/2025	NO	

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Julio de 2025