


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:	13/8/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	ago-25
---------------	-----------	------------------------------	---	--------------------------	---	---	--------

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

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

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

Nombre de Contratista	YADIRA HERNANDEZ CARDOZO			NIT/CC	28561991	
------------------------------	--------------------------	--	--	---------------	----------	--

Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS			Modalidad de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS	
--------------------------	-------------------------	--	--	----------------------------------	-------------------------	--

Cuenta Bancaria No.	91275616228	Banco:	BANCOLOMBIA		Tipo de Cuentas:	Ahorros	X	Corriente
----------------------------	-------------	---------------	-------------	--	-------------------------	---------	---	-----------

Garantía Cumplimiento (Si aplica):		Aseguradora (Si aplica):		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	
---	--	---------------------------------	--	--	--

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	AGOSTO	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			\$ 8.533.300,00	\$ 4.000.000,00
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ -				\$ -
	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 12.533.300,00	\$ -	\$ -	\$ 8.533.300,00	\$ 4.000.000,00

Nombre del Supervisor	Sargento Viceprimero. MILTON JAVIER OSPINA BUITRAGO	Fecha de notificación:	29/07/2025
------------------------------	---	-------------------------------	------------

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

Vigencia del Contrato:	31 DE OCTUBRE 2025		
-------------------------------	--------------------	--	--

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

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 11/08/2025 Planilla N° 88897633 – correspondiente al mes de Julio 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 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 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, cumplio con sus actividades para el mes de agosto de 2025, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de agosto 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 s 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):

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. 05						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Sargento Viceprimero. MILTON JAVIER OSPINA BUITRAGO



NÚMERO DE CEDULA:

1098307853

CELULAR :

3106809912

CORREO: mjospina@homil.gov.co

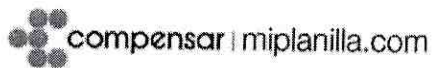
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

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



Tú

Hoy a la(s) 5:20 a.m.



CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **YADIRA_HERNANDEZ_CARDOZO**, identificado con CC número **28561991**, aportó por **YADIRA_HERNANDEZ_CARDOZO**, identificado(a) con CC número **28561991** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **57 - Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2025-07** y salud **2025-07** de la siguiente manera:

CC	Concepto	Valor	Periodo	Fecha	Identificación	Estado			
CCF74	Compensar Caja de Compensación Fian	0	30	\$1.423.500	\$0	30 Julio 2025	88997433	11A8/2025	R
EPS438	Compensar EPS	0	30	\$1.423.500	\$0	30 Julio 2025	88997433	11O8/2025	R
230301	Pensión	0	30	\$1.423.500	\$0	30 Julio 2025	88997433	11O8/2025	R
1425	Riesgos Profesionales Compost	0	30	\$1.423.500	\$0	30 Julio 2025	88997433	11O8/2025	R

PAGINA

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Agosto de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

