



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:	16/10/2025	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	oct-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 Cuenta:	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	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
VIGENCIA AÑO (:2025)	141525	23/4/2025	525	23/4/2025	181925	23/4/2025	OCTUBRE	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			\$ 12.533.300,00	\$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ -				\$ -
	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 12.533.300,00	\$ -	\$ -	\$ 12.533.300,00	\$ -

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 14/10/2025 Planilla N° 90506954 – correspondiente al mes de Septiembre 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 septiembre; 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.

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 octubre de 2025, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de octubre 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 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: mjos pina@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

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 **2025-09** y salud **2025-09** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	ERT	TE	TA	TP	TAP	VSP	VST	SLA	SGE	CUA	NAC	ANP	VOT	PS	CORRECCIÓN	EDAS	ENC	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXAMINADO PADRONALES Y SALUD
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar														0		30	\$1.423.500	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90506954	14/10/2025	N	
EPS008	Compensar EPS														0		30	\$1.423.500	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90506954	14/10/2025	N	
230301	Porvenir														0		30	\$1.423.500	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90506954	14/10/2025	N	
14-25	Riesgos Profesionales Colmena														0		30	\$1.423.500	\$0	\$0	Septiembre - 2025	90506954	14/10/2025	N	

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

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