



FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO

CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-06

UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS

FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024

MANUAL: CONTRATACION

VERSIÓN: 10

PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES

PAGINA 1 DE 2

SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI

Fecha:	22/6/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jun-26								
No. de Contrato:	N°SP-SSAA-1124-2025			VALOR	\$18.980.000										
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SP-GECO-0406-2025														
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			MIT/ 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	ALIMACE N AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN				
VIGENCIA AÑO (:2026)	71926	FECHA	8/1/2026	DINAMICA No.	719	FECHA	8/1/2026	Registro Presupuestal (RP) No.	68926	FECHA CRP	8/1/2026	JUNIO	N/A		\$ 2.140.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:															\$ 2.140.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil pesos M/cle.

VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)	VR. ADICION (B)	REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)	VR. EJECUTADO (D)	SALDO CONTRATO (A+B-C-D)
VIGENCIA AÑO:(2025)	\$ 4.000.000,00			\$ 4.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ 14.980.000,00			\$ 12.840.000,00	\$ 2.140.000,00
	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 18.980.000,00	\$ -	\$ -	\$ 16.840.000,00	\$ 2.140.000,00

Nombre del Supervisor	Sargento Viceprimero. MILTON JAVIER OSPINA BUTRAGO	Fecha de notificación:	01/11/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO 1/11/2025		
	FECHA DE TERMINACION 31/7/2026		
Vigencia del Contrato:	31 DE JULIO 2026		
Prorrogas:	1- 2- 3-		
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 16/06/2026 Planilla N° 90343697-- correspondiente al mes de mayo de 2026. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social del mes de mayo; 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. SATISFACCION DOY POR RECIBIDO A			
NOTA 2: De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato como prestadora de servicios AUXILIAR DE GESTION, cumpla con sus actividades para el mes de Junio de 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de Junio de 2026.			
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/almacen)	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.

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. 08						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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	28561991	YADRA HERNANDEZ CARDOZO	CL 49 A 68A-49
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	CÓDIGO
ÚNICA		I - Independiente	
		CORREO	YADHERCARDOSO@GMAIL.COM
		CÓDIGO / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
		BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)
		90343897	16/06/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA
2026-05	2026-05		\$1.750.905
			TOTAL A PAGAR
			\$543.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NT	UPC Adicional
EPS008	Compensar EPS	86006842-7	216.900
TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NT	UPC Adicional
230301	Porvenir	80022409-9	280.200

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NT	UPC Adicional
14-25	Riesgos prof Cómene	800226175-3	9.200

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NT	UPC Adicional
CCF24	Compensar Caja	86006842-7	35.100

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	216.900	216.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBP	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	216.900	216.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBP	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPE
	90340687	16/03/2026		1	0
PERIODO SALUD	TIPO PLANILLA	TOTAL MENSA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	1	\$1,730,905	\$543,400		

PAGODA