



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:	29/7/2026	INFORME DE SUPERVISOR	X	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	jul-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		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						
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	
VIGENCIA AÑO (:2026)	71926	8/1/2026	719	8/1/2026	68926	8/1/2026	
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO:						\$ 2.140.000,00	

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil 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)	\$ 4.000.000,00			\$ 4.000.000,00	\$ -
VIGENCIA AÑO:(2026)	\$ 14.980.000,00	\$ 10.168.000,00		\$ 14.980.000,00	\$ 10.168.000,00
	\$ -			\$ -	\$ -
TOTAL CONTRATO	\$ 18.980.000,00	\$ 10.168.000,00	\$ -	\$ 18.980.000,00	\$ 10.168.000,00

Nombre del Supervisor	SP Ortega Daza Jonny Jaime	Fecha de notificación:	01/11/2025
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
	1/11/2025	30/11/2026	
Vigencia del Contrato: 30 DE NOVIEMBRE 2026	30 DE NOVIEMBRE 2026		
Prorrogas:	1- PRORROGA A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE 2026		
	2-		
	3-		
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales 21/07/2026 Planilla N° 93356183- correspondiente al mes de Junio 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 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, cumplo con sus actividades para el mes de Julio de 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de Julio de 2026.			
NOTA 3 : Se da inicio a la prorrogas N° 01 A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE 2026, ADICIÓN N°01 POR UN VALOR DE \$ 10,168,000 DIEZ MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS			

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):

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. 09						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	Sargento Primero Jonny Jaime Ortega Daza	
NÚMERO DE CEDULA:	12754144	
	3152697871	CORREO: jjortega@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

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	Nº Afiliados
230301	Porvenir	800224803-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																				
Código ARL	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto		Dias		Valor Mora		Subtotal		Valor Saldo a		Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	No. Ratificado	Saldo a Favor	Favor						
14-25	Riesgos prof. Colmena		800226175-3	9.200				9.200		0		0		9.200				92	9.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	86005942/2	35.100	0	0	35.100
						1

TOTALES PARAMFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPP y More	Total a Pagar
Salud	1	219,900	219,900
Pension	1	280,200	280,200
Riesgos Laborales	1	9,200	9,200
CCF	1	35,100	35,100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543,400	543,400

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO
CC	28661991	YADIRA HERNANDEZ CARDOZO		CL 49 A 68A-49	4105597
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCUSAL		CODIGO	DEPARTAMENTO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		93365183	21/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-06	2026-06	I	\$1.750.905	\$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION										SAUD										RIESGOS LABORALES										CCF										PARAFISCALES									
Tipo y No. de identificación		Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calon. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION		Cdd AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo de pensional solidalidad	Fondo de pensional de subsistencia	Cdd EPS	IBC EPS	Días	Cotización/ Valor UPIC	Cdd ARTL	IBC ARTL	Días	Clase de Riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																			
CC-28561901		HERNANDEZ CARDOZO YADIRA		57	0		N																		230001		IBC AFP	Días	Cotización	0	0	0	0	0	0	EPSC008	1.750.905	30	280.200	14-25	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0																