


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:	19/08/2025	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	AGOSTO
--------	------------	-----------------------	-------------------	----------	--	--------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1129-2024		VALOR:	25.080.000,00		
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-SECO-0521-2024					
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL					
Nombre de Contratista	Juleth Zulaima Alfonso Tapasco		NIT/CC	1033767603		
Clase de Contrato	Prestación de servicios		Modalidad de Contratación	Contratación directa.		
Cuenta Bancaria No.	23778758504	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 ALMACEN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP					
2025	102925	13/01/2025	1029	13/01/2025	97725	13/01/2025	AGOSTO	N/A	N/A	N/A	\$ 2.508.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											\$ 2.508.000,00

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: don millones quinientos ocho 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)
2024	\$ 83.600		\$ 0,00	\$ 83.600	
2025	\$ 24.996.400		\$ 0,00	\$ 19.980.400	\$ 5.016.000
TOTAL CONTRATO	\$ 25.080.000			\$ 20.064.000	\$ 5.016.000

Nombre del Supervisor	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	Fecha de notificación:	31/12/2024
Plazo de ejecución	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACION
	31/12/2024		31/10/2025
Vigencia del Contrato:	31/10/2025		

Prorrogas:

En tiempo

1- _____

2- _____

3- _____

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2025/06/08 y riesgos profesionales 2025/06/08 Planilla N° 4613493170 correspondiente al mes de JULIO 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 dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro relacionado a continuación:

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

DESCRIPCIÓN 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 \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO						CODIGO:	VERSIÓN	10
							Página:	7 DE 7	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ADRIANA PLAZAS CASTILLO

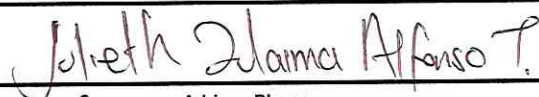
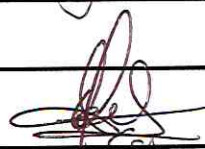
NUMERO DE CEDULA: 52144569

CELULAR: 3486868 EXT : 3077

CORREO: APLAZAS@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

SUBDIRECCIÓN MÉDICA	
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	
INFORME DE ACTIVIDADES	
Contrato No.	SP-SUMD-1129-2024
Nombre del Contratista	Juliet Zulaima Alfonso Tapasco
Periodo del informe	Agosto
Actividades definidas	
No.	Actividad
1	<p>1. Recibí y verifiqué los documentos aportados por los pacientes para el proceso de programación de cirugía.</p> <p>2. Brindé información clara y atención humanizada a los usuarios durante el proceso de programación de cirugía. Apliqué las políticas de Humanización y seguridad del paciente, implementadas por el Hospital Militar Central.</p> <p>3. Realicé educación prequirúrgica a los usuarios de acuerdo a las recomendaciones establecidas en la valoración del cirujano y anestesiólogo.</p> <p>4. Realicé programación diaria de la sala 15 de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos en la institución.</p> <p>5. Propendí por la óptima ocupación de salas de cirugía y programación de pacientes dentro de las metas de oportunidad establecidas en la institución.</p> <p>6. Realicé informe semanal, quincenal y mensual de los procedimientos quirúrgicos realizados en salas de cirugía (programados y urgencias).</p> <p>7. Apoyé la elaboración de informe de indicadores mensuales de salas de cirugía.</p> <p>8. Alisté las boletas de cirugía según programación semanal para verificación de insumos especiales en reunión semanal de insumos.</p> <p>9. Realicé llamada de verificación a pacientes que serán programados para cirugía con 8 días de anticipación, asegurando su asistencia. Registrar en la historia clínica constancia de las novedades o confirmación por parte del paciente.</p> <p>10. Realicé llamada con 1 día de anticipación a cada paciente del programa y confirmar asistencia e informar hora de cirugía.</p> <p>11. Realicé llamada de seguimiento postoperatorio a las 72 horas y dos semanas posteriores al procedimiento. Registrar las novedades en constancia de historia clínica. Orienté al paciente respecto a signos de alerta para consultar por el servicio de urgencias en postoperatorio</p> <p>12. Orienté al usuario sobre el proceso de solicitud de citas de control por medios digitales y call center.</p> <p>13. Orienté al paciente respecto a solicitud de reportes de patología.</p> <p>14. Realicé llamadas de verificación de pacientes cancelados, confirmé motivo de cancelación, fecha de reprogramación y elaborar la estadística de procedimientos cancelados.</p> <p>15. Cumplí requisitos, normas y procedimientos establecidos por el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Hospital Militar Central.</p> <p>16. Realicé el cargue mensual de la planilla de seguridad social y el informe de las actividades contractuales en la plataforma electrónica - SECOP II.</p> <p>17. Asistí a las actividades que requieran su presencia a la institución.</p> <p>18. Di buen uso de equipos, materiales e insumos del servicio; así como reportar inmediatamente su daño o pérdida en caso de presentarse.</p>
Firma del Contratista:	
Nombre del Supervisor:	Adriana Plazas CC. 52.144,569
Firma de aprobación del Supervisor:	
Fecha de aprobación del informe:	ago-25

