| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS) | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-08 |
|---|---|---|
| | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | FECHA DE EMISIÓN: 20-02-2026 |
| | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES | VERSIÓN: 02 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI | PÁGINA 1 de 2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | **N°SP-SUMD-0781-2025** | | |
| **Nombre del contratista** | KATERIN DAYANA SUAREZ CUARAN | | |
| **Nombre del supervisor** | Clara Inés Espitia Sánchez | | |
| **Unidad** | Unidad medica | | |
| **Objeto del Contrato** | PRESTACION DE SERVICIOS COMO **CAMILLERO DE ENFERMERIA** PARA EL SERVICIO DE ENFERMERIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA -HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| **Fecha de inicio** | **01/11/2025** | **Fecha de terminación del contrato** | **31/07/2026** |
| **Periodo Objeto del Informe** | **ABRIL 2026** | | |

Daniela Fontecha
1020825172

| **OBLIGACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| **Obligación Contractual** | **Actividad desarrollada** | **Producto recibido** | **Observaciones o comentarios del supervisor** |
| **1.** Trasladar pacientes a procedimientos o a otro servicio, cumpliendo con los procesos, y protocolos institucionales establecidos para la atención de nuestros usuarios (procedimiento de transporte seguro del paciente a procedimientos, entrega de pacientes en los servicios, protocolo de lavado de manos, precauciones de aislamiento asociado al transporte). | • Traslado de pacientes.<br>• Entrega de pacientes en los servicios.<br>• Lavado de manos.<br>• Traslado de pacientes en aislamiento. | **450** | |
| **2.** Realizar entrega y recibo de turno según el procedimiento establecido y presentarse al profesional de enfermeria del área signada. | • Recibo y entrega de turno. | **15** | |
| **3.** Mantener comunicación asertiva con el equipo de trabajo, usuario, familia y comunidad. | • Comunicación asertiva con el equipo de trabajo y en el traslado del usuario. | **15** | |
| **4.** Informar en forma permanente a la profesional de enfermeria o auxiliar los cambios presentados en el usuario durante el traslado. | • Informe permanente al profesional de Enfermería los cambios presentados y/o identificados durante el traslado del paciente. | **450** | |
| **5.** Controlar inventarios del servicio, según asignación. *Silla de ruedas, camillas, y demás elementos que le sean asignados en cada servicio.* | • Control de inventario en los servicios asignados (registro en el libro del servicio). | **15** | |
| **6.** Entregar el paciente al equipo de trabajo respectivo, según procedimiento indicado. | • Traslado de paciente a los procedimientos. | **450** | |
| **7.** Realizar las actividades necesarias para mantener el cilindro de oxigeno de los servicios asignados, cualquier dificultad informar al servicio según conducto establecido. | • Verificar y mantener el cilindro de oxígeno en la capacidad requerida. | **15** | |
| **8.** Tramitar y transportar la solicitudes de los insumos de los servicios y los respectivos pedidos de farmacia | • Tramite de solicitud de insumos. | **0** | |
| **9.** Bajar las muestras de sangre y/o estudios anatomo-patológicos al laboratorio, banco de sangre, entre otros, aplicando las normas de bioseguridad establecidas por la institución. | • Traslado de muestras de laboratorio. | **75** | |
| **10.** Realizar trámites de hospitalización, traslado y egreso, según procedimiento definido por la institución. | • Tramite de hospitalización.<br>• Traslados<br>• Egresos | **450** | |
| **11.** Recibir las capacitaciones de actualización y divulgación de procesos, procedimientos y protocolos, programados por la institución | • Asistencia a capacitaciones | **1** | |
| **OBSERVACIONES EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO** | **NO PRESTACION DE SERVICIOS** | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.140.000** |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones contractuales

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:** En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop II, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo.

| TIPO DE APORTE | DETALLE | MES MARZO |
|---|---|---|
| APORTE A SALUD | Periodo de cotización | 03/2026 |
| | Fecha de pago | 01/04/2026 |
| | Nº de Planilla | 9501570315 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $218.900 |
| | EPS | FAMISANAR |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | 03/2026 |
| | Fecha de pago | 01/04/2026 |
| | Nº de Planilla | 9501570315 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $280.200 |
| | Fondo de Pensiones | PORVENIR |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | 03/2026 |
| | Fecha de pago | 01/04/2026 |
| | Nº de Planilla | 9501570315 |
| | Ingreso Base de Cotización | $1.750.905 |
| | Valor cotizado | $42.700 |
| | A.R.L. | COLMENA |
| **VALOR TOTAL PAGADO** | | **$541.800** |

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Katerin Soares

**Firma del Contratista**
**Nombre:** Katerin Dayana Soraz Cuaran
C.C. No. 1007018203
Correo electrónico: dayanasoraz111@gmail.com
Teléfono de contacto: 3212754614

*Clara Inés Espitia Sanchéz*
***Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre)***
***C.C. No:*** *52.363.769*
**Correo:** clasanchez@homil.gov.co
**Firma del supervisor:**

Clara Inés Espitia S.
Enfermera Jefe
Unidad Intermedia

6/04/2026