Daniela Fonseca
1.072.692.372

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
		VERSIÓN: 02
	PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES	PÁGINA 1 de 2
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

Contrato No.	SP-SUMD-0770-2025		
Nombre del contratista	Jonatan Fernando Gallego Muñoz		
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**		

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. • Entrega de pacientes en los servicios. • Lavado de manos. • Traslado de pacientes en aislamiento.	100	
2. Realizar entrega y recibo de turno según el procedimiento establecido y presentarse al profesional de enfermería del área signada.	• Recibo y entrega de turno.	26	
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.	**30**	
4. Informar en forma permanente a la profesional de enfermería 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.	**30**	
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).	**26**	
6. Entregar el paciente al equipo de trabajo respectivo, según procedimiento indicado.	• Traslado de paciente a los procedimientos.	50	
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.	**25**	
8. Tramitar y transportar la solicitudes de los insumos de los servicios y los respectivos pedidos de farmacia	• Tramite de solicitud de insumos.	**60**	
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.	**400**	
10. Realizar trámites de hospitalización, traslado y egreso, según procedimiento definido por la institución.	• Tramite de hospitalización. • Traslados • Egresos	**95**	
11. Recibir las capacitaciones de actualización y divulgación de procesos, procedimientos y protocolos, programados por la institución	• Asistencia a capacitaciones	4	
OBSERVACIONES EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO	**NO PRESTACION DE SERVICIOS 4 y 5/04/2026**	**VALOR A PAGAR**	**$ 1.997.334**

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO 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 Abril
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	
	Fecha de pago	
	Nº de Planilla	
	Ingreso Base de Cotización	
	Valor cotizado	
	EPS	
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	
	Fecha de pago	
	Nº de Planilla	
	Ingreso Base de Cotización	
	Valor cotizado	
	Fondo de Pensiones	
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	
	Fecha de pago	
	Nº de Planilla	
	Ingreso Base de Cotización	
	Valor cotizado	
	A.R.L.	
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.

Firma del Contratista
Nombre: Jonatan Fernando Gallego Muñoz
C.C. No. 1111669353
Correo electrónico: jonatan26gall@gmail.com
Teléfono de contacto: 3112459393

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 I. Espitia S.
Abril 2020