


| | | |
|---|--|------------------------------|
| 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 | PAGINA 1 DE 2 |
| SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | | |

| | | | | | | |
|--------|------------|-----------------------|-------------------|---|--|-------|
| Fecha: | 17/04/2026 | INFORME DE SUPERVISOR | TRAMITE PARA PAGO | X | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | ABRIL |
|--------|------------|-----------------------|-------------------|---|--|-------|

| | | | |
|------------------------------------|---|---|-----------------------|
| No. de Contrato: | SP-SUMD-1209-2025 | VALOR | 23.797.000,00 |
| Nº de Proceso en el SECOPI /Tienda | SP-SECO-0439-2025 | | |
| 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 | Julieith 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 ALMACÉN 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 | 61826 | 7/01/2026 | 618 | 7/01/2026 | 58826 | 7/01/2026 | ABRIL | N/A | N/A | N/A | \$ 2.683.000,00 |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO | | | | | | | | | | | \$ 2.683.000,00 |

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: dos millones seiscientos ochenta y tres 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) |
|-----------------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 2025 | \$ 5.016.000 | | \$ 0,00 | \$ 5.016.000 | \$ 0 |
| 2026 | \$ 18.781.000 | | \$ 0,00 | \$ 10.732.000 | \$ 8.049.000 |
| TOTAL CONTRATO | \$ 23.797.000 | \$ - | \$ - | \$ 15.748.000 | \$ 8.049.000 |

Nombre del Supervisor: ADRIANA PLAZAS CASTILLO Fecha de notificación: 30/10/2025

| | | |
|------------------------|-----------------|----------------------|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
| | 1/11/2025 | 31/07/2026 |
| Vigencia del Contrato: | 31/07/2026 | |
| Prorrogas: | En tiempo | |
| | 1- | |
| | 2- | |
| | 3- | |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 06/04/2026 y riesgos profesionales 06/04/2026 Planilla N° 6011030424 correspondiente al mes de MARZO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de MARZO ; 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

| 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 \$ 6.808.000 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: 2 DE 7

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ADRIANA PLAZAS CASTILLO

NÚMERO 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 |


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|---------------------------------|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033767603 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | JULIETH ZULAIMA ALFONSO TAPASCO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 75 B SUR #34-73 | TELÉFONO: 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6011030424 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 190542963 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | | TOTALES | |
|------------------------------|--------|------------------|--|------------|--------------|------------|
| | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO | |
| PENSIÓN | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8002279406 | 231001 | 231001-COLFONDOS | | | 1 | \$ 280.200 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 280.200 |
| SALUD | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | | | 1 | \$ 218.900 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 218.900 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | | | 1 | \$ 35.100 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 35.100 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | | | 1 | \$ 42.700 |
| SUBTOTAL: | | | | | 1 | \$ 42.700 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 576.900 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 576.900 |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: ACTIVIDADES PERSONAL | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-08 |
|  | CONTRATISTA (OPS) | FECHA DE EMISIÓN: 20-02-2026 |
| | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS | VERSIÓN: 02 |
| | PROCESO: GESTIÓN ADQUISICIONES | PÁGINA 1 de 3 |
| SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------|
| Contrato No. | SP-SUMD-1209-2025 | | |
| Nombre del contratista | Julieth Zulaima Alfonso Tapasco | | |
| Nombre del supervisor | ADRIANA PLAZAS CASTILLO | | |
| Unidad | UNIDAD CLINICO QUIRURGICA | | |
| Objeto del Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENZA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL | | |
| Fecha de inicio | 1/11/2025 | 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. Recibir y verificar los documentos aportados por los pacientes para el proceso de programación de cirugía. | Verificar y asignar cita prequirurgica para radicación de los documentos. | 70 personas | |
| 2. Brindar información clara y atención humanizada a los usuarios durante el proceso de programación de cirugía. | pacientes que se acercan con inquietudes o a confirmar fecha de programación. | 25 pacientes. | |
| 3. Realizar programación diaria de la sala 15 de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos en la institución. | Registrar la programación de la cirugía de los pacientes en dinámica. | 1.750 movimientos. | |
| 4. Elaborar informe semanal, quincenal y mensual de los procedimientos quirúrgicos realizados en salas de cirugía (programados y urgencias). | 4 informes correspondientes a las cuatro semanas del mes sobre la productividad de salas de cirugías. | | |
| 5. informe de indicadores mensuales de salas de cirugía. | Informe final de la productividad de salas de cirugía. | | |
| 6. Registrar las novedades en constancia de historia clínica. | Realizar constancia en dinámica a todos los pacientes llamados de | 850 constancias | |

| | | | | | |
|----------------|---|----------------|----------------------------|----------------|-----------|
| FORMATO | ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS) | CÓDIGO | GA-GECO-MN-01-FT-08 | VERSIÓN | 02 |
| | | Página: | 2 de 2 | | |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--|
| | aseguramiento, preprograma . | | |
| 7. Realizar llamadas de verificación de pacientes cancelados, confirmar motivo de cancelación, fecha de reprogramación y elaborar la estadística de procedimientos cancelados. | Realizar estadística con motivos cantidad de pacientes cancelados. | 4 informes | |
| 8. realizar estadística par el servicio de calidad de la resolución 256. | Verificar historia clínica para tener fecha la orden médica y fecha de la realización de la cirugía. | 1700 pacientes verificados | |
| 9. pacientes ingresados al tablero de control salas de cirugía. | Ingresar a la aplicación los pacientes programados para que los familiares puedan evidenciar el estado de la cirugía. | 1200 | |
| 10. | | | |
| 11 | | | |

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

CERTIFICACIÓN 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 | MARZO-2026 |
| | Fecha de pago | 06-04-2026 |
| | Nº de Planilla | 6011030424 |
| | Ingreso Base de Cotización | \$1.750.905 |
| | Valor cotizado | \$218.900 |
| | EPS | FAMISANAR |
| APORTE A PENSIÓN | Periodo de cotización | MARZO-2026 |
| | Fecha de pago | 06-04-2026 |
| | Nº de Planilla | 6011030424 |
| | Ingreso Base de Cotización | \$1.750.905 |
| | Valor cotizado | \$280.200 |
| | Fondo de Pensiones | COLFONDOS |
| APORTE A.R.L. | Periodo de cotización | MARZO-2026 |
| | Fecha de pago | 06-04-2026 |
| | Nº de Planilla | 6011030424 |
| | Ingreso Base de Cotización | \$1.750.905 |
| | Valor cotizado | \$42.700 |
| | A.R.L. | COLMENA |
| APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN | Periodo de cotización | MARZO-2026 |
| | Fecha de pago | 06-04-2026 |

| | | | | | |
|---------|---|---------|---------------------|---------|----|
| FORMATO | ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS) | CÓDIGO | GA-GECO-MN-01-FT-08 | VERSIÓN | 02 |
| | | Página: | 3 de 2 | | |

| | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------|
| | Nº de Planilla | 6011030424 |
| | Ingreso Base de Cotización | \$1.750.905 |
| | Valor cotizado | \$35.100 |
| | Caja De Compensación | COMPENSAR |
| VALOR TOTAL PAGADO | | \$576.900 |

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: Jelret Blaima Alfonso Tapasco

C.C. No. 1033767603

Correo electrónico: jalfonso@homil.gov.co

Teléfono de contacto: 3053628051



Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre):

C.C. No: 52144569

Correo: aplazas@homil.gov.co

Teléfono: 3132471692

Firma del supervisor: 