	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FI-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:	20/05/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	MAYO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	------

No. de Contrato:	SP-SUMD-1209-2025	VALOR	23.797.000,00
Nº de Proceso en el SECOP II /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	Julieth 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	MAYO	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	\$ 13.415.000	\$ 5.366.000
TOTAL CONTRATO	\$ 23.797.000	\$ -	\$ -	\$ 18.431.000	\$ 5.366.000

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 19/05/2026 y riesgos profesionales 19/05/2026 Planilla N° 6013987556 correspondiente al mes de ABRIL en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de ABRIL ); 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 detallada 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	INFORMACIÓN GENERAL		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
FORMATO								

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO

CODIGO: VERSIÓN 10

Nombre: \_\_\_\_\_


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

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

<b>Contrato No.</b>	SP-SUMD-1209-2025		
<b>Nombre del contratista</b>	Julieth Zulaima Alfonso Tapasco		
<b>Nombre del supervisor</b>	ADRIANA PLAZAS CASTILLO		
<b>Unidad</b>	UNIDAD CLINICO QUIRURGICA		
<b>Objeto del Contrato</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENZA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
<b>Fecha de inicio</b>	1/11/2025	<b>Fecha de terminación del contrato</b>	<b>31/07/2026</b>
<b>Periodo Objeto del Informe</b>	MAYO-2026		

OBLIGACIONES			
<b>Obligación Contractual</b>	<b>Actividad desarrollada</b>	<b>Producto recibido</b>	<b>Observaciones o comentarios del supervisor</b>
<b>1.</b> Recibir y verificar los documentos aportados por los pacientes para el proceso de programación de cirugía.	Verificar y asignar cita quirúrgica para radicación de los documentos.	60 personas	
<b>2.</b> 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.	30 pacientes.	
<b>3.</b> 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.	1.650 movimientos.	
<b>4.</b> 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.		
<b>5.</b> informe de indicadores mensuales de salas de cirugía.	Informe final de la productividad de salas de cirugía.		
<b>6.</b> Registrar las novedades en constancia de historia clínica.	Realizar constancia en dinámica a todos los pacientes llamados de	650 constancias	

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

	aseguramiento, preprograma .		
<b>7.</b> 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	
<b>8.</b> 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.	1450 pacientes verificados	
<b>9.</b> 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.	1250	
<b>10.</b>			
<b>11</b>			

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.

<b>TIPO DE APORTE</b>	<b>DETALLE</b>	<b>MES MARZO</b>
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	19-05-2026
	Nº de Planilla	6013987556
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$221.100
	EPS	FAMISANAR
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	19-05-2026
	Nº de Planilla	6013987556
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$283.100
	Fondo de Pensiones	COLFONDOS
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	19-05-2026
	Nº de Planilla	6013987556
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$43.200
	A.R.L.	COLMENA
APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	19-05-2026

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

	Nº de Planilla	6013987556
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$35.500
	Caja De Compensación	COMPENSAR
<b>VALOR TOTAL PAGADO</b>		<b>\$582.900</b>

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: Julieth Zaira Alfonso T.

C.C. No. 1033767603.

Correo electrónico: j.alfonso@homil.gov.co

Teléfono de contacto: 3053628051

**ADRIANA PLAZAS CASTILLO**

**Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre):**

C.C. No: 52144569.

Correo: aplazas@homil.gov.co

Teléfono: 3132451694.

Firma del supervisor:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**  
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033767603  
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JULIETH JULIANA ALFONSO GARCÍA  
 DISTRITO: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL  
 DEPARTAMENTO: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL  
 CLASE APORTANTE: INDEPENDIENTE  
 CLASE APORTANTE: UNICO  
 ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTE SALUD, SEENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**  
 NÚMERO PLANILLA: 6013987556  
 TIPO DE PLANILLA: 20  
 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2026/05/19  
 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2026  
 MES: abril AÑO: 2026  
 MES: abril AÑO: 2026  
 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20260519

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
21031	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
EPS017-FAMISANAR	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
4295	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
CCF24	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
CCF24	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TOTAL APORTE A PENSIÓN		TOTAL APORTE A SALUD		TOTAL APORTE A RIESGOS		TOTAL APORTE A COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTE A PAGO GENERAL	
		No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
CCF24	ADMINISTRADORA	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>SUB-TOTALES:</b>											
		1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SALDO A FAVOR	SALDO A OTROS RIESGOS	VALOR	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		RIESGOS		COMPENSACIÓN FAMILIAR		PAGO GENERAL	
						No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR	No. COTIZANTES	VALOR
1	ADMINISTRADORA	UNICO	\$ 280.200	\$ 218.800	\$ 42.700	1	\$ 280.200	1	\$ 218.800	1	\$ 42.700	1	\$ 35.100	1	\$ 35.100	1	\$ 582.900
<b>TOTAL PAGADO: \$ 582.900</b>																	