	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:	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-1210-2025	VALOR:	23.797.000,00
Nº de Proceso en el SECOP II /Tienda	SP-SECO-0439-2025		
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENZA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Nombre de Contratista	RINCON HERNANDEZ YESSICA PAOLA	NIT/ CC	1018479074
Clase de Contrato	Prestación de servicios	Modalidad de Contratación	Contratación directa.
Cuenta Bancaria No.	0550488437583138	Banco:	DAVIVIENDA
		Tipo de Cuenta:	Ahorros X Corriente

VIGENCIA	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.		DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN
	FECHA	FECHA									
2025	40526	7/01/2026	405	7/01/2026	39226	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	\$ 23.797.000,00	\$ -	\$ -	\$ 18.431.000,00	\$ 5.366.000,00

Nombre del Supervisor	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	Fecha de notificación:	30/10/2025
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO	1/11/2025
		FECHA DE TERMINACION	31/07/2026
Vigencia del Contrato:	31/07/2026		
Prorrogas:	En tiempo		
	1-		
	2-		
	3-		

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 13/05/2026 y riesgos profesionales 13/05/2026 Planilla N 80614394 – 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 / existencia /almacen)	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	Nº 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 2

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	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		1
Acta de supervisión y/o Factura		1
Pago de Seguridad Social		1

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-1210-2025		
Nombre del contratista	RINCON HERNANDEZ YESSICA PAOLA		
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	MAYO		

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 citas prequirurgicas para radicación de los documentos.	910 pacientes.	
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.	340	
3. Realizar llamada de seguimiento postoperatorio a las 72 horas y dos semanas posteriores al procedimiento.	Se realiza seguimiento y constancia en dinámica de la llamada a cada paciente POP.	369	
4. Registrar las novedades en constancia de historia clínica.	Realizar constancia en dinámica a todos los pacientes llamados de preprograma .	260	
5. Orientar al paciente respecto a signos de alerta para consultar por el servicio de urgencias en postoperatorio.	Realizar constancia en dinámica a todos los pacientes llamados de pop	980 marcaciones	
6. Realizar llamadas de verificación de pacientes cancelados, confirmar motivo de cancelación, fecha de reprogramación y	Realizar seguimientos, confirmaciones y demás.	1220	

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

elaborar la estadística de procedimientos cancelados.			
7. Realizar llamadas de verificación de pacientes cancelados, confirmar motivo de cancelación, fecha de reprogramación y elaborar la estadística de procedimientos cancelados.	Llamadas de confirmación evidenciado el porqué de las cancelaciones y constancia en dinámica.	435	
8.			
9.			
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	ABRIL-2026
	Fecha de pago	13-05-2026
	Nº de Planilla	80614394
	Ingreso Base de Cotización	\$218.900
	Valor cotizado	\$218.900
	EPS	COMPENSAR
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	13-05-2026
	Nº de Planilla	80614394
	Ingreso Base de Cotización	\$280.200
	Valor cotizado	\$280.200
	Fondo de Pensiones	PORVENIR
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	ABRIL-2026
	Fecha de pago	13-05-2026
	Nº de Planilla	80614394
	Ingreso Base de Cotización	\$42.700
	Valor cotizado	\$42.700
	A.R.L.	COLMENA
VALOR TOTAL PAGADO		\$541.800

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

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

Jessica Rincon.

Firma del Contratista

Nombre: Jessica Paola Rincon Hernandez.

C.C. No. 101849074

Correo electrónico: jprincon@hcmil.gov.co

Teléfono de contacto: 3125701750

Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre):

C.C. No: 52144569

Correo: aplazas@hcmil.gov.co

Teléfono: 31324511692

Firma del supervisor: [Firma]

