


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 3

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
Periodo Objeto del Informe	MAYO-2026
	Fecha de terminación del contrato 31/07/2026

OBLIGACIONES	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del supervisor
Obligación Contractual			
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.	60 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.	30 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.	1.650 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	650 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.	1450 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.	1250	
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	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
VALOR TOTAL PAGADO		\$582.900

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: Julieth Zaira Alfonso T.

C.C. No. 1033767603.

Correo electrónico: jualfonso@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: 3132451094.

Firma del supervisor: