


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:	18/06/2026	INFORME DE SUPERVISOR	TRAMITE PARA PAGO	X	MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	JUNIO
--------	------------	-----------------------	-------------------	---	--	-------

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	PRESTACION 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	JUNIO	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	\$ 16.098.000	\$ 2.683.000
TOTAL CONTRATO	\$ 23.797.000	\$ -	\$ -	\$ 21.114.000	\$ 2.683.000

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 03/06/2026 y riesgos profesionales 03/06/2026 Planilla N° 6020509740 correspondiente al mes de MAYO 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	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO: Parana:	VERSIÓN	10
---------	---	-----------------	---------	----

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-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	JUNIO-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.	89 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.	63 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.	1.850 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	760 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.	1750 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.	1150	
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	MAYO-2026
	Fecha de pago	03-06-2026
	Nº de Planilla	6020509740
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$219.100
	EPS	FAMISANAR
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MAYO-2026
	Fecha de pago	03-06-2026
	Nº de Planilla	6020509740
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$280.500
	Fondo de Pensiones	COLFONDOS
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	MAYO-2026
	Fecha de pago	03-06-2026
	Nº de Planilla	6020509740
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$42.800
	A.R.L.	COLMENA
APORTE CAJA DE COMPENSACIÓN	Periodo de cotización	MAYO-2026
	Fecha de pago	03-06-2026

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

	Nº de Planilla	6020509740
	Ingreso Base de Cotización	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$35.200
	Caja De Compensación	COMPENSAR
VALOR TOTAL PAGADO		\$577.600

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: Juliet Zularain Alfonso Tapas ro.

C.C. No. 1033767603.

Correo electrónico: Julfensoc@hemil.gov.co.

Teléfono de contacto: 3053628051.

Adnara Pizaros Castillo.

Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre):

C.C. No: 52144569.

Correo: Apizaros@hemil.gov.co.

Teléfono: 3132451692.

Firma del supervisor: 

