


<b>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</b>		<b>FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO</b>		<b>CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05</b>	
		<b>UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS</b>		<b>FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024</b>	
		<b>MANUAL: CONTRATACION</b>		<b>VERSIÓN: 10</b>	
		<b>PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES</b>			
<b>SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI</b>				<b>PAGINA 1 DE 2</b>	

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

<b>No. de Contrato:</b>	SP-SUMD-1210-2025	<b>VALOR</b>	23.797.000,00
-------------------------	-------------------	--------------	---------------

<b>N° de Proceso en el SECOPI II /Tienda</b>	SP-SECO-0439-2025
--	-------------------

<b>Objeto</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>Nombre de Contratista</b>	RINCON HERNANDEZ YESSICA PAOLA	<b>NIT/CC</b>	1018479074
------------------------------	--------------------------------	---------------	------------

<b>Clase de Contrato</b>	Prestación de servicios	<b>Modalidad de Contratación</b>	Contratación directa.
--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------------

<b>Cuenta Bancaria No.</b>	0550488437583138	<b>Banco:</b>	DAVIVIENDA	<b>Tipo de Cuenta:</b>	Ahorros	<b>X</b>	Corriente
----------------------------	------------------	---------------	------------	------------------------	---------	----------	-----------

<b>Garantía Cumplimiento (Si aplica):</b>		<b>Aseguradora (Si aplica):</b>		<b>Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):</b>	
---	--	---------------------------------	--	--	--

VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL						No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACEN 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	40526	7/01/2026	405	7/01/2026	39226	7/01/2026	JUNIO	N/A	N/A	N/A	\$ 2.683.000,00
<b>VALOR AUTORIZADO PARA PAGO</b>											\$ 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
<b>TOTAL CONTRATO</b>	\$ 23.797.000,00	\$ -	\$ -	\$ 21.114.000,00	\$ 2.683.000,00

<b>Nombre del Supervisor</b>	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	<b>Fecha de notificación:</b>	30/10/2025
------------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------

<b>Plazo de ejecución</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA DE TERMINACION</b>
	1/11/2025	31/07/2026

<b>Vigencia del Contrato:</b>	31/07/2026
-------------------------------	------------

<b>Prorrogas:</b>	En tiempo
	1-
	2-
	3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 16/06/2026 y riesgos profesionales 16/06/2026 Planilla N 88953022 - 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 / existencia a 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	INFORMACIÓN GENERAL				SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
		Fecha de pago	Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor			

<b>FORMATO</b>	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO</b>	<b>CODIGO:</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>10</b>
		<b>Página:</b>	<b>2 DE 2</b>	

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:</b>	ADRIANA PLAZAS CASTILLO	<b>52144569</b>
<b>NÚMERO DE CEDULA:</b>		<b>CORREO: APLAZAS@HOMIL.GOV.CO</b>
<b>CELULAR:</b>	3486868 EXT 3077	

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-1210-2025		
<b>Nombre del contratista</b>	RINCON HERNANDEZ YESSICA PAOLA		
<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>	JUNIO		

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 citas prequirurgicas para radicación de los documentos.	820 pacientes.	
<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.	440	
<b>3.</b> 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.	419	
<b>4.</b> Registrar las novedades en constancia de historia clínica.	Realizar constancia en dinámica a todos los pacientes llamados de preprograma .	382	
<b>5.</b> 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	950 marcaciones	
<b>6.</b> Realizar llamadas de verificación de pacientes cancelados, confirmar motivo de cancelación, fecha de reprogramación y	Realizar seguimientos, confirmaciones y demás.	1320	

<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>		

elaborar la estadística de procedimientos cancelados.			
<b>7.</b> 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.	465	
<b>8.</b>			
<b>9.</b>			
<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	MAYO-2026
	Fecha de pago	16-06-2026
	Nº de Planilla	88953022
	Ingreso Base de Cotización	\$218.900
	Valor cotizado	\$218.900
	EPS	COMPENSAR
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MAYO-2026
	Fecha de pago	16-06-2026
	Nº de Planilla	88953022
	Ingreso Base de Cotización	\$280.200
	Valor cotizado	\$280.200
	Fondo de Pensiones	PORVENIR
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	MAYO-2026
	Fecha de pago	16-06-2026
	Nº de Planilla	88953022
	Ingreso Base de Cotización	\$42.700
	Valor cotizado	\$42.700
	A.R.L.	COLMENA
<b>VALOR TOTAL PAGADO</b>		<b>\$541.800</b>

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.

**Firma del Contratista**

Nombre: Jessica Paola Rincon.  
C.C. No. 1018479074.  
Correo electrónico: JPrincon@tcmil.gov.co  
Teléfono de contacto: 3125701750

Adrian Plazas Castillo.

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

C.C. No: 52144569.  
Correo: Aplazas@tcmil.gov.co.  
Teléfono: 3132451672.  
Firma del supervisor: 