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 2

Contrato No.	**SP-SUFI-0858-2025**		
Nombre del contratista	**Eva Patricia Castiblaco**		
Nombre del supervisor	**Doctora Marta Edy Ariza Mateus**		
Unidad	Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación		
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD		
Fecha de inicio	**1/11/2025**	**Fecha de terminación del contrato**	**30/11/2026**
Periodo Objeto del Informe	01 AL 30 DE SEPTIEMBRE		

OBLIGACIONES			
Obligación Contractual	**Actividad desarrollada**	**Producto recibido**	**Observaciones o comentarios del supervisor**
comprobación de derechos, y autorizaciones,	Se verificó derechos y autorizaciones,	2000 autorizaciones	
2. Fomentar trabajo en equipo para lograr presentar	Establecer metas compartidas y asignar	1349 facturas de procedimientos,consulta y odontlogia	
3.Revisar el ingreso verificar lo cargado realizar los	Consultar los ingresos según la base, se	690 procedimeitnos, y 384 de odontologia consulta 275	
4.Verificar la correcta admisión del paciente solicitando	Se Verificaron los datos correctos del	2000 auotirzaciones, 2100symphony	
5. Cumplir a cabalidad las actividades relacionadas con	Se revisó la historia clinica de cada uno	2100historias clinicas, de procedimientos,consulta y	
6.Verificar y puntear mensualmente en conjunto con	Se Verificaron y puntearon los listados	1349 facturas de procedimientos,consulta y odontlogia	
7. Dar cumplimiento y verificar que los soportes de	Se adjunto los soportes establecidos por	2000 historias clinicas, de procedimientos,consulta y	
8.Verificar la información y comunicar las	Se Informó al auditor y revisor cada vez	1349 facturas de procedimientos, odontlogia y consulta	
9. Participar activamente en las capacitaciones	Asistí a las capacitaciones y Reuniones	4 reunion, 4 capacitaciones	
10. Las demas que le sean asignadas en el cumplimiento del contrato para todos los OPS	Demás actividades asignadas dentro del proceso de gestión diaria de la Unidad	alistamiento de la radicacion de todas las facturas unir PDF	

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 SEPTIEMBRE 2026
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	sep-26
	Fecha de pago	9/9/2026
	Nº de Planilla	95055628
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905
	Valor cotizado	$ 296.700
	EPS	COMPENSAR
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	sep-26
	Fecha de pago	9/9/2026
	Nº de Planilla	95055628
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905
	Valor cotizado	$ 0
	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	sep-26
	Fecha de pago	13/8/2026
	Nº de Planilla	95055628
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.905
	Valor cotizado	$ 42.700
	A.R.L.	COLMENA ARL
VALOR TOTAL PAGADO		$ 296.700

*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: Eva Patricia Castiblaco
C.C. No. 39695145
Correo electrónico: Ecastiblanco@homil.gov.co
Teléfono de contacto: 3118435909

Jancy Dora
Auditora C.M.

Juan C.
Aud. Financiero.

Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre): **Doctora Marta Edy Ariza Mateus**
C.C. No: 63433451
Correo: maarizam@homil.gov.co
Teléfono: 3156492792

Firma del supervisor:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39695145	EVA PATRICIA CASTIBLANCO	CLL 22H BIS 98A 79	4043192	PATI_CAS_17@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95055628	09/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$1,750,905	$296.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	296.700	296.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información