	FORMATO: ACTIVIDADES PERSONAL CONTRATISTA (OPS)	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-08
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	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..	**Incluir Número – SP-SUFI-0882-2025**		
Nombre del contratista	SANABRIA SANABRIA YESICA CAMILA		
Nombre del supervisor	Doctora MARTA EDY ARIZA MATEUS		
Unidad	PRESTACION DE SERVICIOS COMO FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS PARA LA UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACION DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA- HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
Objeto del Contrato	FACTURADOR- ADMISIONISTA		
Fecha de inicio	**1/11/2025**	**Fecha de terminación del contrato**	**30/11/2026**
Periodo Objeto del Informe	01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2026		

OBLIGACIONES

Obligación Contractual	**Actividad desarrollada**	**Producto recibido**	**Observaciones o comentarios del supervisor**
1.Brindar atención Humanizada, establecer relaciones de cordialidad, basados en el respeto tanto con el cliente interno como externo del hospital.	1.Se atendieron en ventanilla 70 usuarios llos cuales requerian direcionamiento area del hospital	70 usuarios	
2.Cerrar el ingreso (generar todo el proceso de egreso), cuando el paciente hospitalizado es remitido a otra IPS para hospitalizar en esta; si el paciente se contra remitido nuevamente al Hospital Militar Central a hospitalizarse se abre nuevo ingreso con toda l documentación (esta información la debe proporcionar el área de enfermeria)	2.Se verefica documentacion para realizar nuevos egreso de paciente deacuerdo a la indicacion medica	450 usuarios	
3.Conocer, aceptar y cumplir con las normas y procedimientos médicos, cientificos y administrativos del Hospital.	3.Atencion personal medico cual se acerca a ventanill de hospitalizacion con usuarios de consulta externa o de otro servicio solicitando apertura de ingresos	aproximada mente 450 usuarios	
4.Clasificar los pacientes usuarios o particulares de acuerdo a los distintos carnets de afiliación, obligaciones, contratos o convenios que el Hospital tenga con otras entidades	4.Se realiza verificación y comprobacion de derechos a los usuarios en las diferentes plataformas de informacion (Salud.SIS y Adres Policia)	600 usuarios	
5.Abrir ingresos para cirugías ambulatorias programadas, de igual forma para los servicios que en ocasiones lo requieran por inconvenientes presentados en dichas áreas tales como imagen logia. verificando en SALUD.SIS, comprobación de derechos y autorizaciones vigentes para la fecha de la atención y dirigidas al HOMIL, generando manilla, para ser entregado al camillero o familiar del paciente	5.Se realiza aperturas de ingresos a los paciente programados para cirugia de acuerdo al archivo enviado por el area de programacion e cirugia	en promedio 60 Ingresos durante el turno 700 ingresos al mes	
6.Elaborar constancias de hospitalización y entregarlas a familiares o quien lo solicite	6.Se realiza constancia de hospitalizaciones de acuerdo a la nesecidad de los pacientes	50 usuarios	
7.Realizar el recorrido diario por la hospitalización para verificación de camas asignadas, disponibles y posibles egresos.	7.Se realiza recorrido telefonico diariamente para verificar que la ocupacion fisica de los pacientes sea concordante con la asignacion de cama registrado en el sistema de información	19 recorridos telefonicos al mes	
8.Atender la ventanilla dentro del horario de atención al público, con un trato, respetuoso y humanizado y sin generar barreras de acceso	8.Se atiende la ventanilla con respeto y humanizacion dando respuesta a la solicitudes de los pacientes	350 usuarios	
9.Generar hospitalización de pacientes de las diferentes fuerzas, empresas y particulares que vayan a ser atendidos en el Hospital, bien sea de hospitalización programada, servicio de urgencias o traslado intra o extra-hospitalarios; generando cabecero y sobre de hospitalización, para ser entregado al camillero o familiar del paciente	9.Se realiza hospitalizacion a los pacientes de acuerdo al contrato 003-2026 DIGSA-HOMIL de las diferentes fuerzas, asi como de las difrentes EAPB; de acuerdo a la orden de hospitalizacion emitida por el medico tratante, se realiza entrega de hoja ingreso, cabecero, manilla y estiker	700 Pacientes	
10.Revisar los documentos que acrediten el derecho a los servicios (documento de identidad, carne de servicios médicos o de afiliación a empresa, orden de hospitalización firmada por el médico especialista	10.Se realiza verificacion de los documentos requeridos para la hospitalizacion (pacientes ambulatorios) orden de hospitalizacion y autorizacion vegente emitida por la DIGSA	900 Pacientes	
11.Verificar en sistema de información del SALUD.SIS la comprobación de derechos, y autorizaciones, vigentes a la fecha de la hospitalización para pacientes del sistema de salud de las fuerzas militares.	11.Se reaiza la verificacion y comprobacion de derechos de los pacientes en la plataorma de Salud.SIS	950 Paciente	

12.Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera	12.Se realiza las actualizacion de Historia clinica depacientes de acuerdo a la informacion que brinda el usuario	300 Usuarios	
13.Registrar y controlar los soportes recibidos y entregados por las diferentes áreas del Hospital con el fin de soportar facturas con calidad	13.revisar los soportes de ingresos recibidos y entregados al área de admsiones para la hospitalizacion	19 entrega y recibo	
14.Dar el egreso del paciente cuando se tenga la documentación completa, si por algún motivo se presenta alguna novedad de pagos, autorizaciones, documentos de accidente de tránsito, y otras empresas, se debe legalizar la salida haciendo firmar pagare y carta de autorización por parte del familiar del paciente, relacionarlos	15.Se verifica documentacion de salida, se imprime epicrisis, se tomanlos datos del familiar y/o paciente que tramita la salida y se escanea la orden para el archivo digital de ordenes de salida	350 salidas de usuarios	

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones contractuales

CERTIFICACION DE CUMPLIMENTO 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	3/09/2026
	Nº de Planilla	**94899193**
	Ingreso Base de Cotización	$ 1.750.000
	Valor cotizado	$ 218.900
	EPS	Compensar EPS
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	sep-26
	Fecha de pago	3/09/2026
	Nº de Planilla	**94899193**
	Ingreso Base de Cotización	1.750.000
	Valor cotizado	280.200
	Fondo de Pensiones	Proteccion (ING + Proteccion)
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	sep-26
	Fecha de pago	10/08/2026
	Nº de Planilla	**94899193**
	Ingreso Base de Cotización	1.750.000
	Valor cotizado	42.700
	A.R.L.	Riesgos prof Colmena
VALOR TOTAL PAGADO		**541800**

*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: YESICA CAMILA SANABRIA SANABRIA
C.C. No. 1096954095
Correo electrónico: ysanabria@homil.gov.co
Teléfono de contacto: 3228018571

Vo Bo Supervisor del Contrato (nombre) **Doctora Maria Edy Ariza Mateus**
C.C. No: 63433451
Correo: maariza@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	1096954095	YESICA CAMILA SANABRIA SANABRIA	calle 49d n 1-28	2891038	yesica.sanabria995@gmail.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
		94899193	03/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$541.800	

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

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

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	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

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	1096954095	YESICA CAMILA SANABRIA SANABRIA	calle 49d n 1-28	2891038	yesica.sanabria995@gmail.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
		94899193	03/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$541.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. solidario	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Ap
CC 1096954095	SANABRIA SANABRIA YESICA CAMILA	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

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