

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICACION CUMPLIMIENTO	VERSION 2	CODIGO FR-CON-12	Aprobado 31/08/2017
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
NIT: 892.000.458-6

En su condición de supervisora del Contrato de prestación de servicios Número **256** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de mayo de dos mil veinticuatro (2024).

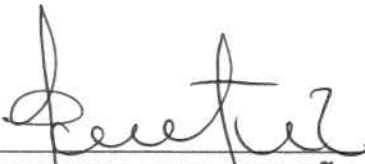
CERTIFICA

Que **OLARTE CASTEÑEDA ISAURO ABEL**, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 478.634 Expedida en Restrepo - Meta

Conforme a lo establecido en el contrato y
Teniendo en cuenta que el contratista ha ejecutado las actividades estipuladas en las actividades y obligaciones del contrato, en los tiempos y requisitos establecidos,

Certifica el cumplimiento para el pago

Dado en San Martín de los Llanos, el día doce (12) de agosto de dos mil veinticuatro (2024).


YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Paez Saavedra. - Gerente	Digito: Ledis Bibiana Ortiz Cubillos. - Apoyo Administrativo
--	--	---

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
CERTIFICACION PARA PAGO DE CUENTA

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO		BENEFICIARIO		NIT O CEDULA	
256		ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA		478.634	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
3		01 DE AGOSTO DE 2024		4.255.000	
				PERIODO	
				DEL 01 AL 31 DE JULIO DE 2024	
CONCEPTO:					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO REALIZANDO LA COORDINACION ASISTENCIAL, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS					
CUENTA BANCARIA PARA ABONO:					
BANCO CAJA SOCIAL		X	AH	24124262368	
CDP NUMERO					
797					

CONTROL DOCUMENTACION

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
INFORME DE ACTIVIDADES	X			FACTURA O CUENTA DE COBRO	X			
FOTOCOPIA PAGO APORTES SALUD	X			INGRESO DE ALMACEN		X		
FOTOCOPIA APORTES PENSION	X			CONSTANCIA DE SERVICIO		X		
FOTOCOPIA APORTES ARP	X			OTROS		X		

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO

VALORES INICIALES	CONTRATO	ANTICIPO
+ ADICIONES	\$12.765.000	
= VALORES TOTALES	\$0	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$12.765.000	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$8.510.000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$4.255.000	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$12.765.000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	\$4.255.000	
	\$0	

Por lo anterior certifico para trámite de pago, que esta cuenta cumple lo pactado en el contrato, y que los soportes fueron enviados para archivo en la carpeta original del contrato a la División Jurídica

(NO APLICA PARA PROVEEDORES)

COMO CONTRATISTA DECLARO Y CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

- 1) SOY DECLARANTE DE RENTA: SI ☒ NO ☐ ; SOY DECLARANTE DE IVA: SI ☐ NO ☒
- 2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 256, CON FECHA DE INICIO 01 DE MAYO DE 2024
- CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, NUMERO 256 POR VALOR DE DOCE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$12.765.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de tres (03) pagos mensuales, cada uno por un valor máximo de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$4.255.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011),
- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD Y ARL POR EL PERIODO DE JULIO DE 2024 ASI:

Nombre EPS, ARL y AFP	Número de Planilla	Valor Aporte a Pagar
ARL POSITIVA	9468938880	41.500
EPS - NUEVA EPS		212.800

4) CONTRATOS CON OTRAS ENTIDADES: NO CONTRATO No. VALOR MENSUAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA

FIRMA

ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA
CC.478.634 de Restrepo

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSION 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
	DOCUMENTO CONTROLADO			

FECHA DE SUPERVISION	01 DE AGOSTO 2024 ✓
NUMERO CONTRATO	256 ✓
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6 ✓
CONTRATISTA C.C.:	ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA C.C 478.634 de Restrepo ✓
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO REALIZANDO LA COORDINACION ASISTENCIAL, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS. ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DOCE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$12.765.000) MONEDA LEGAL VIGENTE ✓
PLAZO:	TRES (3) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO ✓
FECHA INICIO	01 DE MAYO DE 2024 ✓
FECHA TERMINACION	31 DE JULIO DE 2024 ✓
PERIODO A COBRAR:	DEL 01 AL 31 DE JULIO DE 2024 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$4.255.000) MONEDA LEGAL VIGENTE ✓

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS	NA	NA
ADICIONES	NA	NA

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1. Realizar los cuadros de turno del personal que tenga a su cargo.	X		
2. Coordinar y contribuir en el proceso de evaluación de la calidad de la atención prestada en el área asistencial y promover acciones de Mejora.	X		
3. Coordinar y brindar apoyo a la Gerencia en la evaluación de las Actividades de los diferentes Servicios del área Asistencial (Médicos, Enfermeros-as Profesionales, Auxiliares de enfermería y demás del orden asistencial.)	X		
4. Promover y desarrollar el uso de los manuales y guías de práctica clínica y otras herramientas para la atención de los pacientes.	X		
5. Desarrollar las actas de los comités institucionales QUE SE LE ASIGNEN.	X		
6. Desarrollar las actas de capacitaciones y reuniones programadas por la SUBGERENCIA Y LAS ASIGNADAS.	X		
7. Realizar en conjunto con la coordinación de consulta externa la supervisión del libro de eventos de salud mental garantizando su oportuno y correcto diligenciamiento enviando soportes los 16 de cada mes a la secretaria de salud municipal.	X		
8. Realizar la verificación del oportuno y adecuado diligenciamiento de los libros	X		

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSIÓN 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
	DOCUMENTO CONTROLADO			

de ambulancia, esterilización, electrocardiograma, nacidos vivos y de defunciones, libro de parto, censo de pacientes en área de hospitalización y procedimiento particulares.			
9. Supervisar correo electrónico de coordinación médica y asistencial y dar aviso a la coordinación para dar una respuesta a las solicitudes requeridas.	X		
10. Archivar y organizar documentos, tanto físicos como digitales, incluyendo correos electrónicos, reportes y otros documentos que el cargo requiera.	X		
11. Realización de informes y elaboración de estadísticas solicitadas por la subgerencia.	X		
12. Cualquier otra actividad relacionada con el área asistencial que encomiende la Gerencia	X		
13. Ejercer las demás actividades de acuerdo con la naturaleza del cargo.	X		
VALOR Y FORMA DE PAGO: VALOR: DOCE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$12.765.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. conforme a la propuesta presentada, dentro del valor estipulado, está incluida la totalidad de los costos que demande su ejecución, utilidad del CONTRATISTA, costos directos e indirectos, costos administrativos y demás actividades necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de tres (03) pagos mensuales, cada uno por un valor máximo de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS (\$4.255.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado. PARAGRAFO PRIMERO: Los pagos mensuales serán el producto de los servicios realizados previa presentación de los siguientes requisitos. a. Informes de actividades en donde se pueda verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato. b. cuenta de cobro. c. Documento para verificación del cumplimiento de las obligaciones con el sistema general de seguridad social (sistemas de salud y pensiones). En ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato.			

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	BALANCE	
Valor inicial del contrato	12.765.000	
Valor adicionado		
Valor pagado al contratista		8.510.000
Valor a pagar con esta cuenta		4.255.000
Saldo a favor del hospital		0
TOTAL DE SUMAS IGUALES	12.765.000	12.765.000

ANEXOS:

Cuenta de cobro	SI
Informe de actividades	SI
Certificado de pago de aportes a seguridad social	SI



ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA
CC.478.634 de Restrepo

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSION 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO

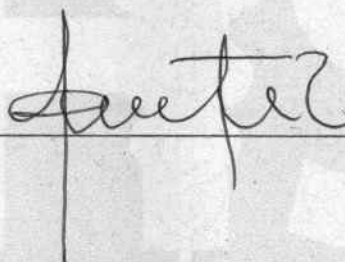
VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES	
El contratista SI cumplió con lo establecido en el contrato mencionado desarrollando todas las actividades descritas en el mismo	
El contratista NO cumplió con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	
El contratista cumplió PARCIALMENTE con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	

RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL
--

CONCLUSIONES:

APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	

YOTJANA REY LONDOÑO :
 VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 478634		OLARTE CASTAÑEDA ISAIRO ABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA 3 CASA 20 BOHONZA LA NUEVA	GRANADA-CUNDINAMARCA	6351776	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago		Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	1000000837	9468938880	1	2024/08/09	2024/07/23	BANCO DE BOGOTA	0	\$254,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$41,500	\$0	\$0	\$41,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,800	\$0	\$0	\$212,800	
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$212,800	\$0	\$0	\$212,800	
TOTAL				1	\$254,300	\$0	\$0	\$254,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 478634		OLARTE CASTAREDA ISAURO ABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA 3 CASA 20 BOHANEZA LA NUEVA	GRANADA-CUNDINAMARCA	6351776	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2024-07	2024-07	1000000837	9468928880	2024/08/09	2024/07/23	BANCO DE BOGOTA	0		\$254,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte
Sacursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)						\$0			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$0
Ciudad: GRANADA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$0			\$0
1	CC 478634	OLARTE ISAURO		0		\$0	EP037	30	\$0
Total Afiliados(1)						\$0			\$0
RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte
Sacursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)						\$0			\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$0
Ciudad: GRANADA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$0			\$0
1	CC 478634	OLARTE ISAURO		0		\$0	14-21	30	\$0
Total Afiliados(1)						\$0			\$0

**COLOMBIA**
POTENCIA DE LA
VIDA**Isauro Abel Olarte Castañeda**Está en: [Página principal](#) [Selección rol](#) [Menú](#)

Consulta a PILA

Lea atentamente las recomendaciones

[Ocultar recomendaciones](#)

- El reporte generado en línea corresponde al resumen de aportes del último año
- La fecha del reporte, corresponde a la fecha en la que el usuario generó la consulta del resumen de aportes
- La fecha de corte, corresponde a la fecha en la que el sistema recibió la última información reportada por PILA
- El reporte histórico de sus aportes, llegará a la dirección de correo electrónico en las próximas 48 horas. Es importante señalar que la Base de Datos de la Planilla Integrada de Aportes - PILA cuenta con información desde el año 2006, sin embargo, la obligatoriedad de reportarla se establece desde el año 2008.

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 7/31/2024 6:04:59 AM

Señor(a) : ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA a continuación se presenta un resumen del último año de los aportes encontrados en la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA con corte a 7/31/2024 6:04:59 AM. Al correo electrónico registrado por usted, le será enviado dentro de las próximas 24 horas el histórico de los pagos reportados en la PILA para el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

Tipo Aporte	Datos Planilla			Datos del Aportante			Aportes a Seguridad Social Pagados				Días aportados
	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Período Bóveda	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L	Cajas CF	Salud
C	9468938880	APORTES EN LINEA	2024-07-23	2024-07-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	212800	0	41500	0	30
P	9469269875	APORTES EN LINEA	2024-06-28	2024-07-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
C	9468634305	APORTES EN LINEA	2024-06-18	2024-06-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	212800	0	41500	0	30
P	9467596265	APORTES EN LINEA	2024-06-04	2024-06-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
C	9467903069	APORTES EN LINEA	2024-05-29	2024-05-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	212800	0	41500	0	30
P	9466409297	APORTES EN LINEA	2024-05-02	2024-05-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
P	9464493661	APORTES EN LINEA	2024-04-01	2024-04-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
P	9463545268	APORTES EN LINEA	2024-03-01	2024-03-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
P	9462364634	APORTES EN LINEA	2024-02-01	2024-02-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	257200	0		0	30
P	9460490292	APORTES EN LINEA	2023-12-26	2024-01-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	235400	0		0	30
P	9459548638	APORTES EN LINEA	2023-12-01	2023-12-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	282500	0		0	30
P	9458255386	APORTES EN LINEA	2023-11-01	2023-11-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	282500	0		0	30
P	9456992002	APORTES EN LINEA	2023-10-02	2023-10-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	282500	0		0	30
P	9455374507	APORTES EN LINEA	2023-09-01	2023-09-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	282500	0		0	30
P	9454226944	APORTES EN LINEA	2023-08-01	2023-08-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	282500	0		0	30

La información dispuesta en esta consulta es la reportada por los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA. Cualquier inconformidad con el reporte presentado dirijase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.