

 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 **353** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de agosto de dos mil veinticuatro (2024).

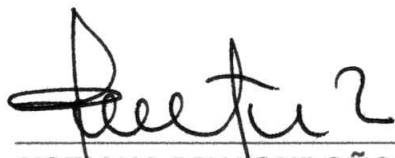
CERTIFICA

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 treinta (30) de octubre de dos mil veinticuatro (2024).


YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

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

Dirección. Calle 4 No. 7 - 34 Barrio Camoa - San Martín de los Llanos
 Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87
 Correo Electrónico. Email: administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co

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	
353 ✓		ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA		478.634 ✓	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
3 ✓		01 DE NOVIEMBRE DE 2024 ✓		4.000.000 ✓	
				DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE 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

001113 ✓

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

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	\$16.000.000 ✓	
+ ADICIONES	\$0	
= VALORES TOTALES	\$16.000.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$8.000.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$4.000.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$12.000.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$4.000.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$4.000.000 ✓	

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 353, CON FECHA DE INICIO 01 DE AGOSTO DE 2024 ✓
- CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, NUMERO 353 POR VALOR DE DIECISEIS MILLONES DE PESOS (\$16.000.000) 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 cuatro (04) pagos mensuales, cada uno por un valor máximo de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) 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 OCTUBRE DE 2024 ASI:

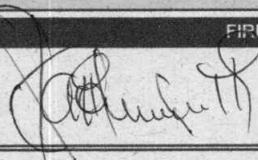
Nombre EPS, ARL y AFP	Número de Planilla	Valor Aporte a Pagar
ARL POSITIVA	9474081975 ✓	39.000 ✓
EPS - NUEVA EPS		200.000 ✓

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 SUPERVISIÓN
DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

VERSION 3

CODIGO
FR-CON-16

Aprobado
22/01/2020

HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN

Fecha
Actualización
22/07/2020

Revisado por
Calidad

Aprobado por
Gerencia

DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA DE SUPERVISIÓN	01 DE NOVIEMBRE DE 2024 ✓
NUMERO CONTRATO	353 ✓
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 COORDINACIÓN 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:	DIECISEIS MILLONES DE PESOS (\$16.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE ✓
PLAZO:	CUATRO (4) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO
FECHA INICIO	01 DE AGOSTO DE 2024 ✓
FECHA TERMINACIÓN	30 DE NOVIEMBRE DE 2024 ✓
PERIODO A COBRAR:	DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCIÓN SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCIÓN
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS	NA	NA
ADICIONES	NA	NA

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS 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 secretaría de salud municipal.	X		
8. Realizar la verificación del oportuno y adecuado diligenciamiento de los libros de ambulancia, esterilización, electrocardiograma, nacidos vivos y de defunciones, libro de parto, censo de pacientes en área de hospitalización y procedimiento particulares.	X		
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		

Dirección. Calle 4 No. 7 – 34 Barrio Camoa – San Martín de los Llanos
Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87
Correo Electrónico. Email: administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co



HOSPITAL LOCAL DE
SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
Empresa Social del Estado

FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISIÓN
DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

VERSION 3

CODIGO
FR-CON-16

Aprobado
22/01/2020

HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN

Fecha
Actualización
22/07/2020

Revisado por
Calidad

Aprobado por
Gerencia

DOCUMENTO CONTROLADO

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: DIECISEIS MILLONES DE PESOS (\$16.000.000) 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 cuatro (04) pagos mensuales, cada uno por un valor máximo de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) 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	16.000.000
Valor adicionado	
Valor pagado al contratista	8.000.000
Valor a pagar con esta cuenta	4.000.000
Saldo a favor del hospital	4.000.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	16.000.000

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

REVISIÓN Y ANÁLISIS TÉCNICO DE CUMPLIMIENTO

VERIFICACIÓN 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

Dirección. Calle 4 No. 7 - 34 Barrio Camoa - San Martín de los Llanos
Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87
Correo Electrónico. Email: administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co

Identificación

CC 478634

dv

Razon Social

OLARTE CASTAÑEDA ISAURO ABEL

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Direccion

HARIZANA 3 CASA 20
BOHARZA LA NUEVA

Ciudad-Departamento

GRANADA-CUNDINAMARCA

Teléfono

6381776

Exonerado SENA e
ICBF

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

2024-10

Clave

1000000716

Pago

✓

Salud

✓

Pensión

2024-10

Planilla

9474081975

Tipo

1

Planilla

2024/11/12

Limite

2024/10/23

Pago

2024/10/23

Banco

BANCO DE BOGOTÁ

Dias Mora

0

Valor

\$239,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO

NIT

DV

AFILIADOS

VALOR LIQUIDADO

INTERESES MORA

SALDOS E
INCAPACIDADES

VALOR A PAGAR

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)

14-23

860,011,153

6

1

\$39,000

\$0

\$39,000

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

1

\$39,000

\$0

\$39,000

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)

1

\$200,000

\$0

\$200,000

NUEVA E.P.S.

EP5037

900,156,264

2

1

\$200,000

\$0

\$200,000

TOTAL

1

\$239,000

\$0

\$239,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 478634		OLARTE CASTAÑEDA ISAURO ABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MARZANA 3 CASA 20 BOMANZA LA NUEVA	GRANADA-CUNDINAMARCA	6351776	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Limite		Pago	Valor
2024-10		1000000716				2024/11/12		2024/10/23	BANCO DE BOGOTA
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$1,600,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$0			\$1,600,000
Ciudad: GRANADA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$0			\$1,600,000
1	CC 478634	OLARTE ISAURO	0			\$0	EP5037	30	\$1,600,000
Total Afiliados(1)						\$0			\$1,600,000
RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
				Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC
						\$0	\$39,000		\$0
						\$0	\$39,000		\$0
						\$0	\$39,000		\$0
						\$0	\$39,000	0	\$0
						\$0	\$39,000		\$0



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: 11/1/2024 10:42:45 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 11/1/2024 10:42:45 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	Periodo Salud	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L	Cajas CF	Salud
C	9474081975	APORTES EN LINEA	2024-10-23	2024-10-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	200000	0	39000	0	30
P	9473645068	APORTES EN LINEA	2024-10-01	2024-10-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
C	9473796623	APORTES EN LINEA	2024-09-26	2024-09-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	200000	0	39000	0	30
P	9471964867	APORTES EN LINEA	2024-09-02	2024-09-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
C	9471589268	APORTES EN LINEA	2024-08-27	2024-08-01	CC 478634	OLARTE CASTA?EDA ISAURO ABEL	212800	0	41500	0	30
P	9470422763	APORTES EN LINEA	2024-08-01	2024-08-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
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 COLPENSIONE	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 COLPENSIONE	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 COLPENSIONE	257200	0		0	30
P	9464493661	APORTES EN LINEA	2024-04-01	2024-04-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
P	9463545268	APORTES EN LINEA	2024-03-01	2024-03-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
P	9462364634	APORTES EN LINEA	2024-02-01	2024-02-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	257200	0		0	30
P	9460490292	APORTES EN LINEA	2023-12-26	2024-01-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	235400	0		0	30
P	9459548838	APORTES EN LINEA	2023-12-01	2023-12-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	282500	0		0	30
P	9458255386	APORTES EN LINEA	2023-11-01	2023-11-01	NI 900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONE	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.