

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
037 ✓		ANGELA MARIA ALVAREZ MORA ✓	1.121.876.234
PAGO O FACTURA No	FECHA DE LA FACTURA	VALOR	PERIODO
4 ✓	30 DE ABRIL DE 2025 ✓	4.000.000 ✓	DEL 01 AL 30 DE ABRIL DE 2025 ✓
CONCEPTO:			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORIA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS			
CUENTA BANCARIA PARA ABONO:			
BANCOLOMBIA	X	AH	367-556895-77
CDP NUMERO			
00037 ✓			

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				INGRESO DE ALMACEN				
FOTOCOPIA APORTES PENSION				CONSTANCIA DE SERVICIO				
FOTOCOPIA APORTES ARP				OTROS				

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	\$24.000.000 ✓	
+ ADICIONES	\$0	
= VALORES TOTALES	\$24.000.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$12.000.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$4.000.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$16.000.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$4.000.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$8.000.000 ✓	

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 X NO ; SOY DECLARANTE DE IVA: SI NO X
- 2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 037, FECHA DE INICIO 01 DE ENERO DE 2025 ✓
CONTRATO DE "PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORIA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS" NUMERO 037 POR VALOR DE VEINTICUATRO MILLONES DE ESOS (\$24.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, Que el HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de seis (06) pagos mensuales cada uno por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. LOS CUALES NO SUPERA LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011)
- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO A SALUD, PENSION Y ARL CORRESPONDIENTE AL MES ABRIL DE 2025 ASI :

Nombre EPS y AFP	Número de Planilla	Valor Aporte a Pagar
AFP - PROTECCION	1111615716 ✓	\$298.000 ✓
EPS - SALUD TOTAL		\$200.000 ✓
ARL POSITVA		\$39.000 ✓
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM		\$32.000

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

FIRMA

ANGELA MARIA ALVAREZ MORA
C.C. 1.121.876.234 de Villavicencio - Meta,



 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	30 DE ABRIL DE 2025 ✓
NUMERO CONTRATO	037 ✓
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6 ✓
CONTRATISTA C.C.:	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA C.C. 1.121.876.234 de Villavicencio - Meta ✓
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORÍA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS ✓
VALOR:	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS (\$24.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. ✓
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025 ✓
FECHA INICIO	01 DE ENERO DE 2025 ✓
PERIODO A COBRAR:	DEL 01 AL 30 DE ABRIL DE 2025 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) 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. Diseñar, evaluar y ajustar, según se requiera, el plan de acción para la implementación de la estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud en la Institución.	X		
2. Implementar el proceso de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales a través de las acciones de notificación obligatoria y oportuna, búsqueda activa y seguimiento a los eventos de interés en salud pública y eventos vitales que son objeto de análisis para la toma de decisiones en la mitigación de la demanda, optimización de la oferta y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.	X		
3. Coordinar y seguimiento de estadísticas vitales	X		
4. liderara la gestión para la detección, tratamiento y rehabilitación de los eventos de interés en salud pública como ERA – COVID 19, Tuberculosis, lepra, enfermedades Zoonoticas y enfermedades transmitidas por vectores a través de: participación y aporte en los comités de emergencias, diligenciamiento, seguimiento y socialización de los indicadores de atención en sala ERA, realización de los informes de capacitación temprana y tratamiento de tuberculosis y lepra; seguimiento a los indicadores de la ruta de atención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonoticas y control de stock de medicamentos existente en la institución para el tratamiento de las mismas.	X		
5. seguimiento a los indicadores de la ruta de atención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonoticas y control de stock de medicamentos existente en la institución para el tratamiento de las mismas	X		
6. Orientar la adopción, el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las rutas integrales de atención en salud en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE a través de flujograma de cada RIA, la matriz de indicadores de seguimiento y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y el reporte de cumplimiento a la Resolución 4505 de 2012 ajustada por la Resolución 202 de 2021, en coherencia con la política institucional de Calidad y los instrumentos establecidos para ello.	X		
7. Articular con las áreas de Promoción y Prevención, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Laboratorio, Farmacia, Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y Vigilancia Epidemiológica la adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud a través de flujogramas de las RIAs, matriz de indicadores de seguimiento y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y el reporte de cumplimiento a la Resolución 4505 de 201.	X		

 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				

8. Liderar el Comité Integrado de Gestión del Riesgo en Salud compuesto por el Comité de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales (COVE), Comité Materno Perinatal y Comité de Promoción y Prevención, para el seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia soportado en actas y listados de asistencia de cada reunión.	X		
9. Articular y verificar con el profesional de Calidad de la ESE la oferta de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada, los servicios habilitados y los requeridos conforme a la demanda para la implementación de la Gestión Integral del riesgo en salud.	X		
10. Coordinar la gestión e implementación del Plan Nacional de Vacunación	X		

BALANCE FINANCIERO			
ITEM	BALANCE		
Valor inicial del contrato	24.000.000		
Valor adicionado			
Valor pagado al contratista			12.000.000
Valor a pagar con esta cuenta			4.000.000
Saldo a favor del hospital			8.000.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	24.000.000		24.000.000

ANEXOS:

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



ANGELA MARIA ALVAREZ MORA
C.C. 1.121.876.234 de Villavicencio - Meta

REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO

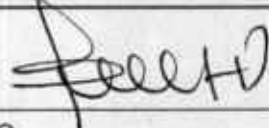
VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES	
El contratista SI cumplió con lo establecido en el contrato mencionado desarrollando todas las actividades descritas en el mismo	☒
El contratista NO cumplió con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo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



TOTAL PAGADO:	\$ 527.000
---------------	------------



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: 4/30/2025 3:45:52 AM

Señor(a): ANGELA MARIA ALVAREZ MORA 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 4/30/2025 3:45:52 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
	Identificación Planilla	Aportante	Fecha de Pago	Período Reporte	Identificación	Nombre Social	Salud	Pensión	Seguro C	Cupos CP	Salud
C	1111615716	BANCO DE BOGOTA	2025-04-06	2025-04-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1111433448	BANCO DE BOGOTA	2025-03-11	2025-03-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1111263399	BANCO DE BOGOTA	2025-03-13	2025-03-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1111178348	BANCO DE BOGOTA	2025-02-03	2025-01-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1110938112	BANCO DE BOGOTA	2024-12-18	2024-12-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	58500	48000	30
C	1110899889	BANCO DE BOGOTA	2024-12-12	2024-11-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	58500	48000	30
C	1110721458	BANCO DE BOGOTA	2024-11-15	2024-10-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	58500	48000	30
C	1110627414	BANCO DE BOGOTA	2024-10-16	2024-09-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	58500	48000	30
C	1110300796	BANCO DE BOGOTA	2024-09-12	2024-08-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	405300	518800	79000	64900	30
C	1110095158	COOMEVA	2024-09-12	2024-07-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	405300	518800	79000	64900	30
C	1109760679	BANCO DE BOGOTA	2024-06-26	2024-06-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	405300	518800	79000	64900	30
C	1109673539	BANCO DE BOGOTA	2024-06-13	2024-05-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	405300	518800	79000	0	30
C	1109405781	BANCO DE BOGOTA	2024-06-03	2024-04-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	405300	518800	79000	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.

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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 **037** con fecha de acta inicio el día primero (01) de enero de dos mil veinticinco (2025).

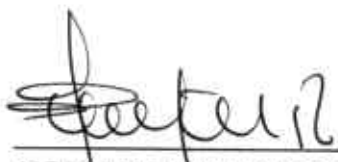
CERTIFICA

Que **ALVAREZ MORA ANGELA MARIA**, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 1.121.876.234 expedida en el municipio de Villavicencio – 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 abril de dos mil veinticinco (2025).


YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Pérez Saavedra. - Gerente	Digitó: 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