

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

INFORMACION BASICA

NÚMERO DE CONTRATO		BENEFICIARIO		NIT O CEDULA			
189		ANGELA MARIA ALVAREZ MORA		1.121.876.234 de Villavicencio			
PAGO O FACTURA No.		FECHA DE LA FACTURA		VALOR		PERIODO	
1		JUNIO DE 2025		2,040,000		DEL 13 AL 30 DE JUNIO DE 2025	

CONCEPTO:

CONCEPTO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) EN LOS PROCESOS DEL AREA ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

CUENTA BANCARIA PARA ABOÑO:

BANCOLOMBIA	X	AH	367-556895-77
-------------	---	----	---------------

COP NUMERO

00784

CONTROL DOCUMENTACION

INFORME DE ACTIVIDADES	SI	NO	N.A.	FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
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	\$2,040,000	
+ ADICIONES	\$0	
= VALORES TOTALES	\$2,040,000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$0	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$2,040,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$2,040,000	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$2,040,000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$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 189, FECHA DE 05 DE JUNIO DE 2025.

CONTRATO DE PRESTACION PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) EN LOS PROCESOS DEL AREA ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS ADMINISTRATIVA NUMERO 189 POR DOS MILLONES CUARENTA MIL PESOS (\$2.040.000) MONEDA LEGAL VIGENTE Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: un único pago mensual, por un valor máximo de DOS MILLONES CUARENTA MIL PESOS (\$2.040.000) MCTE. El valor hora, se cancelará a DIECISIETE MIL PESOS (\$17.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3690/2011)

- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD Y ARL POR EL PERÍODO DE JUNIO DE 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018) ASÍ:

Nombre EPS y AFP	Número de Planilla	Valor Aporte a Pagar
SALUD TOTAL	1111968011	\$302,000
PROTECCION		\$386,000
POSITIVA		\$58,900

- 4) CONTRATOS CON OTRAS ENTIDADES: ☒ NO ☐ SI 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	JUNIO DE 2025 ✓
NUMERO CONTRATO	189 ✓
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 PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) EN LOS PROCESOS DEL AREA ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS ✓
VALOR:	DOS MILLONES CUARENTA MIL PESOS (\$2.040.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. ✓
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025 ✓
FECHA INICIO	13 DE JUNIO DE 2025 ✓
PERIODO A COBRAR:	DEL 13 AL 30 DE JUNIO DE 2025 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES CUARENTA MIL PESOS (\$2.040.000) 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 apoyo asistencial al personal médico que así lo requiera.	✓		
2. Coordinar y orientar en procedimientos y acciones a las auxiliares de enfermería.	✓		
3. Participar en la evaluación del desempeño del personal auxiliar a su cargo.	✓		
4. Realizar verificación de las actividades del personal auxiliar.	✓		
5. Cumplir con el servicio de acuerdo a la programación establecida y a las necesidades del servicio.	✓		
6. Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.	✓		
7. Verificar de manera permanente el estado de las instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar su disponibilidad en las condiciones óptimas necesarias para ofrecer servicios con calidad.	✓		
8. Realizar los procedimientos de enfermería de mayor complejidad que según las guías manejo deben ser realizados por personal idóneo de enfermería.	✓		
9. Garantizar la atención integral del paciente que se beneficia de los servicios de la institución.	✓		
10. Prestar y ser garante un trato humanizado a cada paciente.	✓		
11. Registrar y enviar oportunamente los indicadores de desempeño, eventos adversos.	✓		
12. Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería.	✓		
HOSPITALIZACION			
1. Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados	✓		
2. Participar activamente en la revista médica	✓		
3. Realizar rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente.	✓		
4. Vigilar la calidad de las dietas indicadas para cada paciente, según la orden médica.	✓		
5. Garantizar la Revisión y cumplimiento las órdenes médicas	✓		
6. Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos de acuerdo a "Los 10 correctos".	✓		

 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			

7. Minimizar los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.	✓		
URGENCIAS			
1. Verificar, supervisar, organizar los recursos humanos y físicos del área de urgencias.	✓		
2. Verificar y organizar el carro de reanimación.	✓		
3. Realizar acompañamiento asistencial a los pacientes de mayor complejidad, junto con el personal médico	✓		
4. Priorizar la entrada de paciente a urgencias.	✓		
5. Verificar y solicitar suministro de los equipos, insumos y material requeridos para la ambulancia.	✓		
6. Realizar acompañamiento en traslado asistencial básico	✓		
7. Suministrar y organizar las fichas epidemiológicas al personal médico.	✓		
8. Realizar revisión y seguimiento a los pacientes en el área de observación	✓		
PROMOCION Y PREVENCION:			
1. Ejecutar, organizar y gestionar programas que promuevan la salud y prevengan la enfermedad fomentando estilos de vida saludables de acuerdo a Los servicios habilitados en la institución	✓		
2. Promover y difundir la realización de las jornadas y demás actividades de promoción y prevención con demanda inducida personal, telefónica escrita y visual (promoción de la salud)	✓		
3. Realizar consulta de Promoción y Prevención en planificación familiar, citologías, control prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo, charlas educativas, curso psicoprofiláctico control de crónicos	✓		
4. Presentar orientar sobre las directrices establecidas para promoción y prevención a nivel institucional a los funcionarios de la institución.	✓		
5. Aplicar y contribuir en la actualización de todas las actividades concernientes a manual de procesos y procedimientos para el área dentro del sistema de gestión de calidad.	✓		
6. Planear, organizar, y controlar la utilización de recursos físico e insumos del área y coordinar con los funcionarios del área.	✓		
7. Orientar el desarrollo de las políticas planes, programas de la gerencia y sus superiores inmediatos en las áreas de enfermería de acuerdo a los protocolos y normas vigentes.	✓		
8. Fomentar el trabajo multidisciplinario y la coordinación con otras áreas a fin de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población afiliada.	✓		
9. Desarrollar acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los pacientes sobre aspectos básicos de salud y cuidado del medio ambiente en que se desempeñan.	✓		
10. Participar en la elaboración, revisión, y actualización de las guías y protocolos de manejo y el manual de procesos del área, garantizando la implementación óptima, oportuna y técnica de las mismas.	✓		
11. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	✓		
12. Participar en los comités y equipos de trabajo que establezca la institución que sean acordes con la naturaleza del cargo.	✓		
13. Cumplir con las normas de salud ocupacional establecidas por la empresa	✓		
14. Ejercer acciones de autocontrol en todos los procesos que desarrolla. 15. Las demás actividades de acuerdo a la naturaleza de su cargo.	✓		

BALANCE FINANCIERO			
ITEM	BALANCE		
Valor inicial del contrato	2.040.000	✓	
Valor adicionado			
Valor pagado al contratista			0
Valor a pagar con esta cuenta			2.040.000
Saldo a favor del hospital			0
TOTAL DE SUMAS IGUALES	2.040.000	✓	2.040.000

ANEXOS:

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

 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				


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

REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO

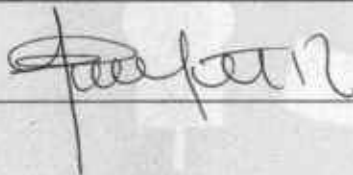
VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES	
El contratista SI cumplió con lo establecido en el contrato mencionado desarrollando todas las actividades descritas en el mismo	✓
El contratista NO cumplió con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo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





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
NIT. 892.000.458-6

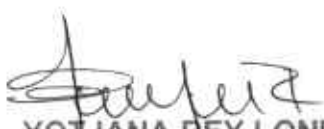
EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
NIT 892.000.458-6

En su condición de supervisor del contrato de prestación de servicios asistenciales
número 189 fechado el día 13 del mes de junio del 2025

CERTIFICA

Que ANGELA MARIA ALVAREZ MORA mayor de edad identificado con C.C
1.121.876.234 expedida en Villavicencio meta ejecutó las actividades y obligaciones
estipuladas en el presente contrato en un tiempo de 120 horas durante los días del
14 al 28 junio del 2025.

Dado en San Martín de los llanos a los 01 días del mes de julio del 2025


YOTJANA REY LONDOÑO
CC 52.988.517

Subgerente

Hospital Local San Martín


Dr. JOSE IGNACIO ARTEAGA

CC 79.814.163

Coordinador médico asistencial


Dr. Jose I. Arteaga E.
Especialista Auditoría
R.M.E. 79.814.163
Coordinador Médico Asistencial
ESE Hospital Local de San Martín

¡ LA SALUD, UN DERECHO DE TODOS... !!!

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



CUA DRO DE TURNO DE ENFERMEROS JUNIO 2025 HLSM
Disponibilidad del mes de JUNIO 2025 por parte de contratista:

ENFERMEROS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	TOTAL
JUNIO	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
MAFE	D		D	N	N	D			D	D	D	D			D			D	D			D			D							
ANGELA	24		24	12	12	24			12	12	24	24			24			24	12			24			24				24			300
JOSE														24			N		N		D			N		N		D				120
SUPLENTE		D		12	12			12	12	12		12					12			24			D	D	D	D	D		24			204
		24					12	12				12				D																84

19/06/2025

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE COTIZACION: 111179846 TIPO DE PLANILLA: 3025 PRECISO COTIZACIÓN: 3025 PRECISO TRAZO: 3025		DATOS DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 111179846 PRECISO COTIZACIÓN: 3025 PRECISO TRAZO: 3025	
DATOS DEL APORTANTE NOMBRE: ANGELES MARIA ALVAREZ MORA DNI: 111179846 DIRECCIÓN: CALLE 458 A - 11.5 PM / CASA 1 BULEVAR TELÉFONO: 011 234 5678 ACTIVIDAD ECONÓMICA: ACTIVIDAD ECONÓMICA UNICO: UNICO		DATOS DEL APORTANTE NOMBRE: ANGELES MARIA ALVAREZ MORA DNI: 111179846 DIRECCIÓN: CALLE 458 A - 11.5 PM / CASA 1 BULEVAR TELÉFONO: 011 234 5678 ACTIVIDAD ECONÓMICA: ACTIVIDAD ECONÓMICA UNICO: UNICO	

TOTAL APORTES A PERFORMAR									
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMP. FAVOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FEF	REESTRUC.	COTIZACIÓN	NOVA	TOTALES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL APORTES A PAGAR									
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMP. FAVOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FEF	REESTRUC.	COTIZACIÓN	NOVA	TOTALES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL APORTES A PAGAR									
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMP. FAVOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FEF	REESTRUC.	COTIZACIÓN	NOVA	TOTALES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL APORTES A PAGAR									
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMP. FAVOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FEF	REESTRUC.	COTIZACIÓN	NOVA	TOTALES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL APORTES A PAGAR									
NO. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMP. FAVOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FEF	REESTRUC.	COTIZACIÓN	NOVA	TOTALES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL PAGADO: \$ 527.000

TOTAL PAGADO:	\$ 795.900
----------------------	-------------------



Angela Maria Alvarez Mora

Está en: [Página principal](#) [Selección de](#) [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: 7/1/2025 5:24:45 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 7/1/2025 5:24:45 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				Corte reportado	
	Número Planilla	Definición	Fecha de Pago	Periodo Seguro	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Seguros L.	Caja CF	Salud
C	1111999011	COOMEVA	2025-06-13	2025-06-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	302000	386600	55900	48400	30
C	1111799345	COOMEVA	2025-06-12	2025-06-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1111615716	BANCO DE BOGOTA	2025-04-08	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	1111203389	BANCO DE BOGOTA	2025-02-13	2025-02-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1111176348	BANCO DE BOGOTA	2025-02-03	2025-01-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	200000	256000	39000	32000	30
C	1110038112	BANCO DE BOGOTA	2024-12-19	2024-12-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	56500	48000	30
C	1110899868	BANCO DE BOGOTA	2024-12-12	2024-11-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	56500	48000	30
C	1110721488	BANCO DE BOGOTA	2024-11-15	2024-10-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	56500	48000	30
C	1110627414	BANCO DE BOGOTA	2024-10-16	2024-09-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	300000	384000	56500	48000	30
C	1110303798	BANCO DE BOGOTA	2024-09-12	2024-08-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	406300	518800	79900	64800	30
C	1110065158	COOMEVA	2024-08-12	2024-07-01	CC 1121876234	ANGELA MARIA ALVAREZ MORA	406300	518800	79900	64800	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 diríjase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.

Certificación Bancaria

Viernes, 04 de julio de 2025

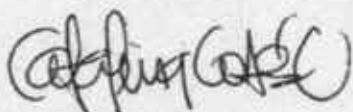
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGELA MARIA ALVAREZ MORA identificado(a) con CC 1121876234, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	36755689577	2023-08-01	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospeludos@bancolombia.com.co

 **CamScanner**

 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 **189** con fecha de acta inicio el día tres (03) de junio de dos mil veinticinco (2025).

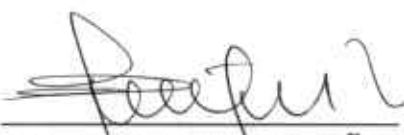
CERTIFICA

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 junio de dos mil veinticinco (2025).


YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó: Cayetana Páez Saavedra. - Gerente	Digitó: Ledis Bibiana Ortiz Cubillas. - Apoyo Administrativo
--	--	---