

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

**INFORMACION BASICA**

<b>NUMERO DE CONTRATO</b>		<b>BENEFICIARIO</b>		<b>NIT O CEDULA</b>
029 ✓		IVAN MAURICIO REY GARCIA ✓		86.078.627 ✓
<b>PAGO O FACTURA No</b>	<b>FECHA DE LA FACTURA</b>	<b>VALOR</b>	<b>PERIODO</b>	
4 ✓	30/04/2025 ✓	4.000.000 ✓	01 AL 30 DE ABRIL DE 2025 ✓	
<b>CONCEPTO:</b>				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) EN LOS PROCESOS DEL ÁREA ASISTENCIAL DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS				
<b>CUENTA BANCARIA PARA ABONO:</b>				
BANCO DE BOGOTA	X	AH	556267557	
<b>CDP NUMERO</b>				
N.° 000029 ✓				

**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	\$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 ✓	
<b>= VALOR NETO A CANCELAR</b>	<b>\$4.000.000 ✓</b>	
= 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:**

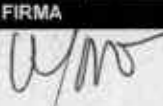
- 1) SOY DECLARANTE DE RENTA: SI  NO ; SOY DECLARANTE DE IVA: SI  NO
- 2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 029, FECHA 01 de ENERO DEL 2025


CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 029 DE 2025 POR VALOR DE (VEINTICUATRO MILLONES (\$24.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. Que el contratante pagará al valor del presente contrato de la siguiente forma: SEIS (6) pagos cada uno por un valor 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, PENSION Y ARL POR EL PERIODO DE MARZO DE 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 DE 2018) ASI:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
FAMISANAR EPS	85184153 ✓	\$200.200 ✓
PROTECCION		\$256.200 ✓
ARL POSITIVA		\$39.100 ✓

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

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>FIRMA</b>
IVAN MAURICIO REY GARCIA	
CC No 86.078.627 DE VILLAVICENCIO	


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

<b>FECHA DE SUPERVISION</b>	30 DE ABRIL 2025
<b>NUMERO CONTRATO</b>	029 DE 2025
<b>CONTRATANTE: NIT</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
<b>CONTRATISTA C.C.:</b>	IVAN MAURICIO REY GARCÍA CC.86.078.627
<b>OBJETO:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) EN LOS PROCESOS DEL ÁREA ASISTENCIAL DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>	VEINTICUATRO MILLONES (\$24.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE
<b>PLAZO:</b>	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL TREINTA (30) DE JUNIO DE 2025
<b>PERIODO A COBRAR:</b>	01 AL 30 DE ABRIL DEL 2025
<b>VALOR DEL PERIODO A COBRAR:</b>	CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE


**AJUSTES O MODIFICACIONES**

<b>ACCION SUSCRITA:</b>	<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
MODIFICACIONES		
PRORROGAS		
ADICIONES		


<b>EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO</b>			
<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
1. Realizar apoyo asistencial al personal médico que así lo requiera.	X		
2. Coordinar y orientar en procedimientos y acciones a las auxiliares de enfermería.	X		
3. Participar en la evaluación del desempeño del personal auxiliar a su cargo.	X		
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.	X		
6. Controlar el uso adecuado de los suministros, vacunas, medicamentos y demás insumos utilizados.	X		
7. Verificar de manera permanente el estado de las instalaciones, utensilios y equipos del área de servicios asistenciales, para garantizar	X		

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


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.	X		
9. Garantizar la atención integral del paciente que se beneficia de los servicios de la institución.	X		
10. Prestar y ser garante un trato humanizado a cada paciente. 11. Registrar y enviar oportunamente los indicadores de desempeño, eventos adversos.	X		
12. Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería.	X		
<b>HOSPITALIZACIÓN:</b>			
1. Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados.	X		
2. Participar activamente en la revista médica.	X		
3. Realizar rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente.	X		
4. Vigilar la calidad de las dietas indicadas para cada paciente, según la orden médica.	X		
5. Garantizar la Revisión y cumplimiento las órdenes médicas. 6. Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos de acuerdo a "Los 10 correctos".	X		
7. Minimizar los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.	X		
<b>URGENCIAS:</b> 1. Verificar, supervisar, organizar los recursos humanos y físicos del área de urgencias.			
2. Verificar y organizar el carro de reanimación.	X		
3. Realizar acompañamiento asistencial a los pacientes de mayor complejidad, junto con el personal médico.	X		
4. Priorizar la entrada de paciente a urgencias.	X		
5. Verificar y solicitar suministro de los equipos, insumos y material requeridos para la ambulancia.	X		
6. Realizar acompañamiento en traslado asistencial básico.			
7. Suministrar y organizar las fichas epidemiológicas al personal médico.	X		
8. Realizar revisión y seguimiento a los pacientes en el área de observación.	X		
<b>PROMOCION Y PREVENCION:</b>			
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.	X		

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

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).	X		
3. Orientar sobre las directrices establecidas para promoción y prevención a nivel institucional a los funcionarios de la institución.			
4. Realizar consulta de Promoción y Prevención en planificación familiar, citologías, control prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo, charlas educativas, curso psicoprofiláctico control de crónicos.	X		
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.	X		
6. Planear, organizar, y controlar la utilización de recursos físico e insumos del área y coordinar con los funcionarios del área.	X		
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.	X		
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.	X		
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.	X		
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.	X		
11. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	X		
12. Participar en los comités y equipos de trabajo que establezca la institución que sean acordes con la naturaleza del cargo.	X		
13. Ejecutar, organizar y gestionar los programas de la ruta de programación y mantenimiento de la salud de acuerdo a los servicios habilitados en la institución.	X		
14. Realizar los informes mensuales, trimestrales, semanales y anuales con su respectivo plan de mejora en los mismos periodos si los requiere.	X		
15. Se debe hacer envío de los informes al ente territorial, coordinación medida y asistencial, Gestión de Riesgo en Salud y Aseguradoras.	X		

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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
	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>			

16. Elaborar enviar y ajustar según sea el caso el reporte de las acciones de promoción y prevención según la resolución 202 de 2021.	X		
17. Presentar informe mensual de cobertura y cumplimiento de metas en comités institucionales.	X		
18. Gestionar, liderar y ejecutar las acciones de la ruta materna perinatal.	X		
19. Realizar la consulta de primera infancia, infancia, planificación familiar, asesoría pre y pos VI, según la agenda programada, Inserción y retiro DIU e implanté subdérmico.	X		
20. Realizar la toma de citologías oportunamente con los criterios de calidad para ser enviados al laboratorio y realizar la entrega de resultados para los casos normales.	X		
21. Realizar la consulta Preconcepcional, mujeres sin factor de Riesgo, CPN bajo riesgo CNP bajo riesgo, asesoría IVE, curso de preparación para la maternidad y paternidad según disponibilidad, frecuencia de uso y agenda programada.	X		
22. Realizar los informes diarios, semanales, mensuales o trimestrales que se requieran y el envío de los mismos a los entes territoriales aseguradoras, coordinación médica, asistencial y Gestión de Riesgo en Salud.	X		
23. Realizar consulta de control por enfermería en el programa de tuberculosis de la institución.	X		
24. Cumplir con las normas de salud ocupacional establecidas por la empresa.	X		
25. Ejercer acciones de autocontrol en todos los procesos que desarrolla.	X		
26. Las demás actividades de acuerdo a la naturaleza de su cargo.	X		
<b>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:</b>			
1. Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo al Hospital y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás.	X		
2. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.	X		
3. Afiliarse al sistema de seguridad social integral.	X		
4. Realizar los pagos mensuales por concepto de seguridad social integral, sobre el 40% bruto del valor mensual. En ningún caso la base gravable podrá ser menor al salario mínimo mensual legal vigente.	X		
5. Entregar al supervisor del contrato junto con el informe mensual, copia legible del comprobante de pago del aporte mensual al Sistema de Seguridad Social integral en los términos señalados en la Ley.	X		

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


6. El contratista debe demostrar buen manejo de las relaciones interpersonales, ser diligente y responsable.	X		
7. Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual.	X		
8. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	X		
9. Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo.	X		
10. Asumir todos los costos que genere la legalización del presente contrato.	X		
11. Realizar las demás obligaciones de acuerdo con su competencia profesional y que sean inherentes al objeto contractual.	X		
12. Demás actividades que contribuyan al cumplimiento del objeto contractual.	X		
13. Dar noticia inmediata al supervisor de las novedades que puedan ocasionar la parálisis en la ejecución del contrato.	X		
14. Coordinar la entrega de los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor.	X		

<b>BALANCE FINANCIERO</b>		
<b>ITEM</b>	<b>BALANCE</b>	
Valor inicial del contrato	\$24.000.000	\$0
Valor adicionado		\$0
Valor pagado al contratista		\$12.000.000
Valor a pagar con esta cuenta		\$4.000.000
Saldo a favor del hospital		\$8.000.000
<b>TOTAL DE SUMAS IGUALES</b>	<b>\$24.000.000</b>	<b>\$24.000.000</b>

**ANEXOS:**

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

  
**IVAN MAURICIO REY GARCIA**  
 CC.86.078.627 DE VILLAVICENCIO

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

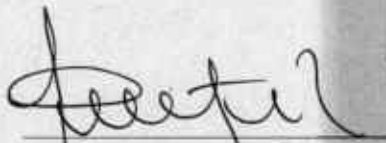
**REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO**

<b>VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES</b>	
El contratista SI cumplió con lo establecido en el contrato mencionado desarrollando todas las actividades descritas en el mismo	<input checked="" type="checkbox"/>
El contratista NO cumplió con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	<input type="checkbox"/>
El contratista cumplió PARCIALMENTE con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	<input type="checkbox"/>

<b>RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL</b>
--

**CONCLUSIONES:**

APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	<input checked="" type="checkbox"/>
CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	<input type="checkbox"/>
NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	<input type="checkbox"/>

  
**YOTJANA REY LONDOÑO,**  
 VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION
CC	88078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	CALLE 7 A 1-56
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	1 - Independiente		META
		CORREO	CIUDAD / MUNICIPIO
		www.mauriciorey@gmail.com	SAN MARTIN
		TELEFONO	NO
		3109813888	
		EXONERADO PAGO PAFAPAFISCALES Y SALUD	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA (DIAMENSAO)	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	CANTIDAD
	2025-03	2025-03	EMPLEADOS
			1
			UPC
			0
			TOTAL A PAGAR
			\$495.500

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatorio		UPC Adicional	Incapacidades		Licitación Maternidad	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor		No. Autorización	Valor						
EPB017	Farmasur EPS	830003964-7	200.000	0	0	0	0	1	0	0	0	200.200	1

### TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatorio	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PAF - Subsidios	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FEP	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ABL	Nombre	NIT	Cotización Obligatorio	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	No. Revisado Saldo a Favor	Valor Sobros Preter	Fondo Subsidios	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Puntave Seguros	800111034-6	38.300	0	0	38.000	1	100	38.100	0	380	38.100	1

### TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PAFAPAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aportes de IGE, LMA, JRP y Mora		Total a Pagar	No. Afiliados
		Valor Aportes	Valor Mora Aportes		
Sinval	1	200.000	0	200.200	1
Pension	1	254.000	0	254.200	1
Riesgos Laborales	1	38.000	0	38.100	1
CCF	0	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0	0
MEH	0	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>495.000</b>	<b>0</b>	<b>495.500</b>	<b>495.500</b>



# CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 4/28/2025 10:53:43 AM

Señor(a) : IVAN MAURICIO REY GARCIA 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 4/28/2025 10:53:43 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.

Datos Planilla				Datos del Aportante				Aportes a Seguridad Social Pagados			Días Aportados
Tipo Aporte	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Periodo Salud	Identificación	Nombre Social	Salud	Previdencia	Delegados L.	Cajas C.F.	Salud
C	85194153	MIPLANILLA	2025-04-08	2025-03-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	84919394	MIPLANILLA	2025-03-11	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	546500	699600	109600	0	30
C	84919394	MIPLANILLA	2025-03-11	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	346500	443600	67600	0	30
C	84400490	MIPLANILLA	2025-02-24	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	346500	443600	67600	0	30
C	83616992	MIPLANILLA	2025-02-11	2025-01-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	82899172	MIPLANILLA	2025-01-21	2024-12-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	81996095	MIPLANILLA	2024-12-18	2024-11-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	81796567	MIPLANILLA	2024-11-15	2024-10-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	80966401	MIPLANILLA	2024-10-11	2024-09-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30
C	9473214579	APORTES EN LINEA	2024-09-16	2024-09-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	19600	76200	11900	28500	5
C	79928959	MIPLANILLA	2024-09-10	2024-08-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	103000	131800	20100	0	19
C	9471321075	APORTES EN LINEA	2024-08-14	2024-08-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	117200	468800	71400	117200	30
C	9469918389	APORTES EN LINEA	2024-07-15	2024-07-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	76200	312600	47600	76200	20
C	79453417	MIPLANILLA	2024-07-04	2024-06-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	110900	141900	21600	0	19
C	77578043	MIPLANILLA	2024-06-04	2024-05-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	175000	224000	34200	0	30
C	77578037	MIPLANILLA	2024-06-04	2024-04-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	175000	224000	34200	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
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**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 **029** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de enero de dos mil veinticinco (2025).

**CERTIFICA**

Que **REY GARCIA IVAN MAURICIO** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 86.078.627 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 Cayetana Póez 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@hospital-sanmartinmeta.gov.co](mailto:administracion@hospital-sanmartinmeta.gov.co)