


	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO			

**INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 134
DEL MES DE MAYO DE 2025**

1. DATOS DEL INFORME	
FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME:	31 DE DICIEMBRE 2025
INFORME NUMERO:	08
PERIODO EJECUTADO:	01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025
VALOR A COBRAR:	DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 2.129.600) MCTE
2. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO (Contrato de Prestación de Servicios, Suministro o Compraventa)	Contratos Prestación de Servicios como auxiliar de enfermería
NUMERO DE CONTRATO	134
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEOR.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
IDENTIFICACION	C.C. No. 40.447.704 de Granada Meta
FECHA DE INICIO	23 de MAYO 2025
FECHA DE TERMINACION	31 DE OCTUBRE de 2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	ONCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS (\$11.286.883) MCTE.
FORMA DE PAGO	un primer pago por valor de Seiscientos Treinta y ocho Mil Ochocientos Ochenta y Tres Pesos (\$ 638.883) mcte y Cinco periodos completos por valor de DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 2.129.600) MCTE
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION DEL CONTRATO	MARGOTH PARRA VEGA

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co



	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION				
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO				

ADICIONES O PRORROGAS (Si aplica)	\$ 4.259.200
PRORROGAS	2 MESES HASTA EL 31 DICIEMBRE 2025

3. INFORMA DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO

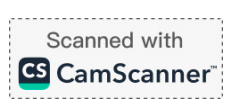
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	EJECUTADO DURANTE EL PERIODO		DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA
	SI	NO	
1. Vacunar en el área rural y urbana a todos los, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños del municipio	X		Se realiza vacunación casa a casa en los barrios; La Morena, Bogotá, San Jorge, Buenos Aires, Esperanza, Veredas: Puerto Santander, Puerto Limón, El Kiosco
2. Realizar búsqueda activa de los menores susceptibles a vacunación	X		Se cumple realizando casa a casa en los barrios y veredas asignados por la coordinadora PAI
3. Registrar con letra clara y legible el carnet de vacunación	X		Se realiza el diligenciamiento de los carné de vacuna de cada usuario vacunado
4. Hacer el registro del RIPS para la respectiva facturación	X		Se diligencian los RIPS diariamente de los usuarios que se vacunan
5. Participar en las jornadas nacionales, departamentales y municipales de vacunación.	X		Se participo en la jornada VACUNATON NOCTURNA en establecimientos comerciales y barrio el centro
6. Participar en las brigadas de salud, captando la población susceptible para el programa PAI.	X		Se participa en la jornada nacional de vacunación en las veredas: Puerto Santander, Puerto Limón y Puerto Esperanza
7. Realizar toma y registro de temperatura de las neveras que guardan el biológico.	X		Se realiza toma de temperatura según cronograma asignado



Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVICIÓN DE CONTRATO			

8. Realizar cronograma de actividades mensuales, teniendo en cuenta la cohorte de la población susceptible de vacunación.	X		Se realiza reunión con la coordinadora PAI, para socializar el cronograma de las actividades de vacunación en los barrios, veredas, del municipio
9. Cargar en la PAIWEB, la información de la población que se vacune a diario.	X		Se realizo EL cargue de 500 usuarios al sistema de información PAIWEB de la población vacunada por todo el equipo de vacunación
10. Participar en los comités, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital.	X		Se participó en los comités y reuniones realizados por el hospital
11. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros.	X		Se realizó divulgación del portafolio de servicios
12. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque.	X		Se cumple con el requerimiento

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co



	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-CONT	
	PROCESO DE CONTRATACION			
	FORMATO INFORME DE SUPERVICIÓN DE CONTRATO			

4. APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

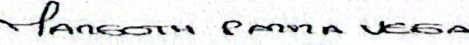
Se anexa certificación de pago de planilla de seguridad social No.9495761969, verificada por la Profesional en Salud Ocupacional de fecha 15 de DICIEMBRE del 2025.

5. RESUMEN FINANCIERO



CDP No. ADICION 00779 - 000355		RP No ADICION 001031. 000347	
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11.286.883	
VALOR DE LA ADICIÓN		\$ 4.259.2000	
VALOR FINAL DEL CONTRATO		\$ 15.546.083	
No. INFORME	PERIODO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	VALOR MENSUAL
1	23 AL 31 DE MAYO 2025	01	\$ 638.883
2	1 AL 30 DE JUNIO DE 2025	01	\$ 2.129.600
3	1 AL 31 DE JULIO DE 2025	01	2.129.600
4	1 AL 31 DE AGOSTO DE 2025	01	2.129.600
5	1 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2025	01	2.129.600
6	1 AL 31 DE OCTUBRE 2025	01	2.129.600
7	1 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025	01	2.129.600
8	1AL 31 DICIEMBRE DE 2025	01	2.129.600
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$ 2.129.600
VALOR NO EJECUTADO			0
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR			0

6. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

El supervisor, certifica que el contratista cumplió con las actividades contratadas para el periodo del mes DICIEMBRE de 2025, de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. 134 de 2025, según informe presentado por el contratista. La presente se expide a los TREINTA Y UNO (31) días de mes de DICIEMBRE de 2025. En constancia de lo anterior, firma el presente informe el supervisor del contrato.


MARGOTH PARRA VEGA
 SUPERVISOR

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-F9	
		Versión	1	
		Fecha de Actualización	15/12/2025	
FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL				

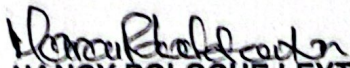
LA PROFESIONAL LIDER DE CALIDAD

**HACE LA VERIFICACION DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
CONTRATO No 134-08**

Que el señor (a) **PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON** identificado con cedula de ciudadanía número 40.447.704, expedida en Granada-Meta, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 134 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes **DICIEMBRE** del año 2025, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Salud Total	9495761969	\$ 178.000
Colpensiones	9495761969	\$ 227.800
Positiva	9495761969	\$ 34.700
TOTAL		\$ 440.500

En constancia se firma, a los 15 días del mes de diciembre del año 2025


NANCY POLOCHE LEYTON
 Contrato 173 de 2025

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
 Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

INFORME DE ACTIVIDADES No. 08

CUENTA DE COBRO NUMERO:	08
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
IDENTIFICACION:	40.447.704
CONTRATO NUMERO:	134
PERIODO EJECUTADO:	1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025
VALOR PARA COBRAR:	DOS MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS (\$ 2.129.600) MCTE
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDORO.
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Vacunar en el área rural y urbana a todos los, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños del municipio	Se realiza vacunación casa a casa en los barrios; La Morena, Bogotá, San Jorge, Buenos Aires, Esperanza, Veredas: Puerto Santander, Puerto Limón, El Kiosco
2. Realizar búsqueda activa de los menores susceptibles a vacunación	Se cumple realizando casa a casa en los barrios y veredas asignados por la coordinadora PAI
3. Registrar con letra clara y legible el carné de vacunación	Se realiza el diligenciamiento de los carné de vacuna de cada usuario vacunado
4. Hacer el registro del RIPS para la respectiva facturación	Se diligencian los RIPS diariamente de los usuarios que se vacunan
5. Participar en las jornadas nacionales, departamentales y municipales de vacunación.	Se participo en la jornada VACUNATON NOCTURNA en establecimientos comerciales y barrio el centro
6. Participar en las brigadas de salud, captando la población susceptible para el programa PAI.	Se participa en la jornada nacional de vacunación en las veredas: Puerto Santander, Puerto Limón y Puerto Esperanza
7. Realizar toma y registro de temperatura de las neveras que guardan el biológico.	Se realiza toma de temperatura según cronograma asignado
8. Realizar cronograma de actividades mensuales, teniendo en cuenta la cohorte de la población susceptible de vacunación.	Se realiza reunión con la coordinadora PAI, para socializar el cronograma de las actividades de vacunación en los barrios, veredas, del municipio

9. Cargar en la PAIWEB, la información de la población que se vacune a diario.	Se realizo EL cargue de 500 usuarios al sistema de información PAIWEB de la población vacunada por todo el equipo de vacunación
10. Participar en los comités, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital.	Se participó en los comités y reuniones realizados por el hospital
11. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros.	Se realizó divulgación del portafolio de servicios
12. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque.	Se cumple con el requerimiento

Paola A Salazar

Nombre PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
Cedula: 40.447.704

EVIDENCIA FOTOGRAFICA



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA
Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12

DOCUMENTO SOPORTE No: 134-08

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar:
Para personas naturales no comerciantes ó inscritas en Régimen Simplificado

RAZON SOCIAL :	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		
DIRECCIÓN:	Cra. 14 No. 14 36 - Barrio Las Brisas	TELÉFONO :	3208398861
NIT:	822.001.570	DV 3	
FECHA DE LA TRANSACCIÓN :	31 de diciembre de 2025	C.C. No.	40.447.704 DE GRANADA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:	PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO :	Fuentedeoro Meta, barrio ricaute		
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA:	8699		
CONCEPTO:	Valor por servicios prestados como PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO, durante el 01 al 31 de Diciembre 2025, según contrato de prestación de servicios No. 134 del 23 de MAYO de 2025		
No. De Contrato	134	Programa o Unidad Funcional:	VACUNACION
Periodo de cobro:	1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025		
Objeto del contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO.		

VALOR DE LA OPERACIÓN \$ 2.129.600

RETENCIÓN EN LA FUENTE \$. -

VALOR A PAGAR \$ 2.129.600

FIRMA:

Paola A salazar c

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUI
Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

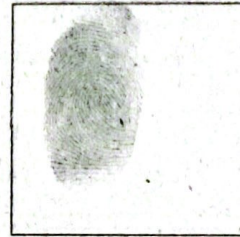
DECLARACION JURAMENTADA

Yo, Paola Andrea Salazar Castrillón , identificado con la cedula de ciudadanía No. 40.447.704 de Granada Meta, Colombia, en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local E.S.E, Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No. 134 DE MAYO 2025 , por medio del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento en los términos que consagra la Ley, que los documentos que presento al área de Contratación y Ordenes de Pago corresponden al pago de Seguridad Social en Salud del mes de DICIEMBRE 2025, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro, Meta, a los TREINTA Y UNO (31) días del mes de DICIEMBRE de Dos mil Veinticinco (2025)

Paola A - Salazar C
Paola Andrea Salazar Castrillón
C.C. No. 40.447.704 de Granada

HUELLA



Fuentedeoro, 31 de DICIEMBRE-2025

Señores
HOSPITAL LOCAL I NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para efectos tributarios –Ley 2277 de 2022.

Cordial saludo:

Yo, PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 40447704 expedida en Granada-Meta, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 8 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 134 de fecha 23 MAYO DE-2025 objeto de esta declaración:

1. Que de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, mis ingresos corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y me acojo a la depuración de retención en la fuente por pagos mensualizados indicada en el párrafo 2 del parágrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 1 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 En los pagos que me realice EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO de acuerdo con los siguientes factores:

Descripción	Valor
Deducción por intereses pagados en el año _____ por adquisición de vivienda	\$00
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$00

Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad	

2. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA:
NOMBRE CONTRATISTA:
N° IDENTIFICACIÓN Y DV:

Paola A. Salazar C
PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
40.447.704 de GRANADA -META

NOTA: El presente documento será anexo del formato VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DE CONTRATOS, para trámite de cuenta.

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 40447704		SALAZAR CASTRILLON PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 N 10 50	GRANADA-META	3208398561	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	37688058	9495761969	1	2026/01/05	2025/12/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$440,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

OK
15-12-2025
Navae/PL