



HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E
MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA

NIT. 809005452-3



INFORME	PERIODICO: <u>X</u> UNICO : <u> </u>	No. 01
PERIODO DE EJECUCION:	1 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	1.800.000 DE PESOS	

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	N.273 DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2025
NO. PROCESO SECOP II	273-2025
CONTRATISTA:	LAURA KATHERIN RIANO MURILLO
AREA	URGENCIAS
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMAE.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 1.800.000
PLAZO:	MES
ACTA DE INICIO	SI- 01 DE DICIEMBRE 2025
PRORROGAS- SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	N/A
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	N/A
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE DICIEMBRE 2025
NUMERO Y FECHA DEL CDP	454- 1 DE DICIEMBRE 2025
SUPERVISOR	LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES

2. BALANCE CONTRACTUAL

A. INFORMACION TIEMPO DE EJECUCION

TIEMPO TRANSCURRIDO A LA FECHA DEL INFORME (DIAS)	31
AVANCE PORCENTUAL (%)	100%

B. INFORMACION FINANCIERA DE EJECUCION

VALOR INICIAL	\$ 1.800.000 /
VALOR EJECUTADO	\$0 /
VALOR A PAGAR	\$ 1.800.000 /
SALDO DEL CONTRATO	\$ 0 /

"SU SALUD ES NUESTRO COMPROMISO"

CARRERA 3 N 2- 08 / Parque Principal - Telefono 3202505387

Código IPS 737700042301

ese@hospitalasantarosadelimasuareztolima.gov.co

SUAREZ TOLIMA

2024 - 2028



HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E
MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA
NIT. 809005452-3



3. INFORMACION CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACION

N° DE OBLIGACION	ACTIVIDAD	SI CUMPLE	NO CUMPLE	REPROGRAMAR	NO SE PROGRAMA
1	Ejecutar y aplicar los conocimientos asistenciales propios de auxiliar de enfermería en la atención integral de los pacientes conforme a los protocolos médicos y guías de atención y de acuerdo con la naturaleza de sus actividades para la prestación de los servicios de salud ofertados por el Hospital Santa Rosa de Lima E.S.E.	☐			
2	Promover la doctrina de la calidad, humanización, la pertinencia en la atención, seguridad del paciente, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios del Hospital queden satisfechos por la atención recibida.	☐			
3	Responder por el pertinente registro clínico en el sistema, por la legalidad de los soportes de su competencia, con el debido y completo diligenciamiento, manteniendo la fuente primaria para soportar correctamente la atención y la facturación de los servicios a las diferentes entidades de salud.	☐			
4	Participar en el seguimiento, verificación y control de los compromisos desarrollando y cumpliendo a cabalidad las metas de promoción y mantenimiento de la salud pactados en los convenios y contratos asistenciales suscritos entre el hospital y las diferentes EPS sin poner en riesgo la integridad de los usuarios.	☐			
5	Realizar actividades asistenciales y de acompañamiento en el traslado de pacientes cuando estos deban ser remitidos a otros prestadores de servicios de salud de mayor nivel de complejidad.	☐			
6	Realizar la entrega de turnos correspondiente de acuerdo con el servicio asignado. Presentar informes relacionados con la parte asistencial que se requiera por cualquier entidad que lo exija.	☐			

"SU SALUD ES NUESTRO COMPROMISO"

CARRERA 3 N 2- 08 / Parque Principal – Telefono 3202505387

C6digo IPS 737700042301

ese@hospitalsantarosadelimasuareztolima.gov.co

SUAREZ TOLIMA

2024 – 2028



HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E
MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA

NIT. 809005452-3



7	Mantener en buen estado los implementos y equipos asignados para la prestación de los servicios de salud y la ejecución del contrato.	☐			
8	Velar por el buen servicio de todas las áreas y servicios que tiene el hospital y vigilar y efectuar el seguimiento del vencimiento de todos los insumos que tiene el hospital para los diferentes servicios.	☐			
9	Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.	☐			
10	Dar aplicabilidad a los protocolos de vigilancia en salud pública.	☐			
11	Garantizar la disponibilidad al llamado ante la activación del Plan Hospitalario de Emergencias y activación de alertas y/o ante cualquier urgencia y remisión que se presente.	☐			
12	Participar activamente en el proceso de habilitación de la entidad.	☐			
13	Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisión del contrato acordes con el objeto.	☐			

SOPORTES DEL INFORME:

- Cuenta De Cobro O Factura N° 01
- Informe De Actividades periodo: 1 DE DICIEMBRE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025
- Seguridad Social N° 9466232996

C. RELACION DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

ITEM	PERIODO DE PAGO (AÑO - MES)	VALOR
SALUD	2025-12	\$ 178.000
PENSION	2025-12	\$ 227.800
ARL	2025-12	\$ 34.700

"SU SALUD ES NUESTRO COMPROMISO"

CARRERA 3 N 2- 08 / Parque Principal – Telefono 3202505387

Código IPS 737700042301

ese@hospitalsantarosadelimasuareztolima.gov.co

SUAREZ TOLIMA

2024 – 2028



HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E
MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA

NIT. 809005452-3



D. OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES DEL SUPERVISOR

- La contratista adjunta Certificado de pago de seguridad social numero **9496232996** correspondientes al mes de DICIEMBRE, el supervisor con la suscripción del presente informe, certifica que la contratista cumplió con la ejecución de las obligaciones contractuales y acredita los pagos al sistema de seguridad social integral. Conforme a lo establecido en el Decreto 1273 del 2018, en su artículo 1 que modifica el Artículo 2.2.1.1.1.7 Pago de cotizaciones de los trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral.

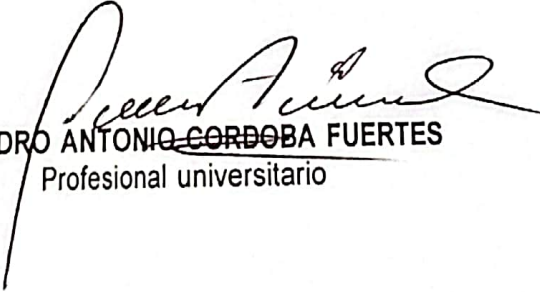
1. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA LABOR CONTRATADA

El suscrito, **LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES** en calidad de supervisor del contrato N.273 DEL 01 DE DICIEMBRE 2025, certifico que el contratista **LAURA KATHERIN RIANO MURILLO** identificada con C.C. N° 1110263404 de Suarez, Ha cumplido con las obligaciones y compromisos pactados en el contrato y los servicios contratados han sido recibidos a entera satisfacción de conformidad con lo establecido en el acto contractual mencionado y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

- Ha efectuado los pagos de seguridad social en salud y pension durante la vigencia del contrato y se encuentra a paz y salvo a la fecha, por ese concepto, en cumplimiento del artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Por lo anterior se da el visto bueno y se certifica que se cumplan a cabalidad las actividades mensuales del contrato.

Firmado en Suarez, DICIEMBRE 2025.


LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES
Profesional universitario

"SU SALUD ES NUESTRO COMPROMISO"

CARRERA 3 N 2- 08 / Parque Principal – Telefono 3202505387

Código IPS 737700042301

ese@hospitalsantarosadelimasuareztolima.gov.co

SUAREZ TOLIMA

2024 – 2028

Suarez (Tolima) DE DICIEMBRE DEL 2025

CUENTA DE COBRO

**EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E.
DE SUAREZ – TOLIMA
NIT 809.005.452-3**

ADEUDA A:

A, LAURA KATHERIN RIANO MURILLO, identificada con cc 1.110.263.404 de Suarez, la suma de **Un Millón Ochocientos Mil Pesos (\$1.800.000)**, por concepto del pago de honorarios del periodo comprendido entre el 01 de DICIEMBRE al 31 de DICIEMBRE de 2025, dentro del contrato de prestación de servicios N.273 del 01 de DICIEMBRE de 2025, cuyo objeto es CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ALA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMAE.S.E.

Laura Katherin Riano Murillo
LAURA KATHERIN RIAÑO MURILLO
C. C 1.110.263.404

INFORME DE ACTIVIDADES NUMERO UNO (01)	
PERIODO DE EJECUCION: 01 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025	
CONTRATO N.273 DEL 01 DE DICIEMBRE 2025	
NUMERO 273 PROCESO DE SECOP II	
DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA KATHERIN RIANO MURILLO
No. DE IDENTIFICACION	1110263404
DIRECCION	VEREDA SAN RAFAEL
TELEFONO/CELULAR	3185679647
EPS	Salud total
FONDO DE PENSIONES	Porvenir
CUENTA BANCARIA	466570036555
TIPO DE CUENTA	Ahorros
BANCO	Banco Agrario De Colombia
DATOS BASICOS DEL CONTRATO	
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ALA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMAE.S.E.
PLAZO DE EJECUCION (INCLUYENDO PRORROGAS Y/O SUSPENSIONES)	1 MES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYENDO ADICIONES)	\$ 1.800.000
FECHA ACTA DE INICIO	01 de DICIEMBRE del 2025
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	31 de DICIEMBRE del 2025
PRESENTADO A: - SUPERVISOR	Leandro Cordoba
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	
Para dar cumplimiento al Contrato de Prestaci6n de Servicios N.273 del 01 de DICIEMBRE del 2025, me permito presentar informe sobre la gesti6n realizada en el periodo que corresponde al mes de DICIEMBRE del 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2025, de acuerdo a como lo estipula el contrato en menci6n.	

OBLIGACION No. 10:

Se Da aplicabilidad a los protocolos de vigilancia en salud publica.

OBLIGACION No. 11:

Se Garantiza la disponibilidad al llamado ante la activaci6n del Plan Hospitalario de Emergencias y activaci6n de alertas y/o ante cualquier urgencia y remisi6n que se presente.

OBLIGACION No. 12:

Se Participa activamente en el proceso de habilitaci6n de la entidad.

OBLIGACION No. 13:

Se Realiza las demas actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisi6n del contrato acordes con el objeto.
se realiza apoyo en el proceso de canalizacion de pacientes sin hemoglobina glicosilada se hacen nuevos llamados.

FIRMADO EN SUAREZ, DICIEMBRE DEL 2025

Laura Katherine RIANCHO MURILLO.

Firma del contratista

Cedula 111026340

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110263404		RIAÑO MURILLO LAURA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 # 2-14 NORTE	SUAREZ-TOLIMA	3185679647	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2025-12	2025-12	10000000237	9496232996	I	2026/01/05	2025/12/24	BANCO DE BOGOTA	0
								\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: SUAREZ Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1110263404	RIAÑO LAURA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110263404		RUÑO MURILLO LAURA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 # 2-14 NORTE	SUAREZ-TOLIMA	3185679647	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000000237	9496232996	I	2026/01/05	2025/12/24	BANCO DE BOGOTÁ	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	