



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

NIT. 809005452-3



INFORME	PERIÓDICO: <u>X</u> UNICO : <u> </u>	No. 01
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	1 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	2.300.000 DE PESOS	

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	N.006 DEL 1 DE ENERO DE 2026
NO. PROCESO SECOP II	006-2026
CONTRATISTA:	LAURA KATHERIN RIAÑO MURILLO
AREA	ENFERMERIA
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ALA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMAE.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 6.900.000
PLAZO:	TRES MESES
ACTA DE INICIO	SI- 01 DE ENERO 2026
PRÓRROGAS- 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 TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE MARZO 2026
NÚMERO Y FECHA DEL CDP	007- 01 DE ENERO DEL 2026
SUPERVISOR	LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES

2. BALANCE CONTRACTUAL

A. INFORMACIÓN TIEMPO DE EJECUCIÓN

TIEMPO TRANSCURRIDO A LA FECHA DEL INFORME (DÍAS)	31
AVANCE PORCENTUAL (%)	33.33%

B. INFORMACIÓN FINANCIERA DE EJECUCIÓN

VALOR INICIAL	\$ 6.900.000
VALOR EJECUTADO	\$ 0
VALOR A PAGAR	\$ 2.300.000
SALDO DEL CONTRATO	\$ 4.600.000

"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



3. INFORMACIÓN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIÓN

Nº DE OBLIGACIÓN	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

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



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 del todas las áreas y servicios que tiene el hospital y vigilar y efectuar el seguimiento del vencimiento de los 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: ENERO 2026
- Seguridad Social N° 9498022646

C. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

ITEM	PERIODO DE PAGO (AÑO – MES)	VALOR
SALUD	2026-01	\$ 218.900
PENSIÓN	2026-01	\$ 280.200
ARL	2026-01	\$ 42.700

“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 número **9498022646** correspondientes al mes de ENERO, el supervisor con la suscripción del presente informe, certifica que la contratista cumplió con la ejecución de las obligaciones contractuales y acreditó 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 2.2.1.1.7 Pago de cotizaciones de los trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral.

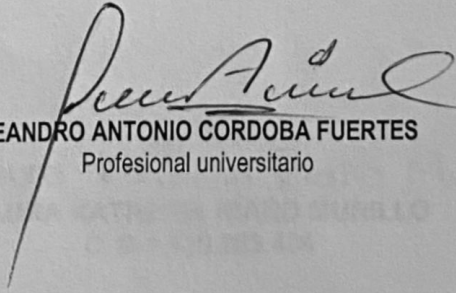
1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA LABOR CONTRATADA

El suscrito, **LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES** en calidad de supervisor del contrato N.006 DEL 01 DE ENERO DEL 2026, certifico que el contratista **LAURA KATHERIN RIAÑO 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 pensión 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, el 05 de FEBRERO 2026.


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), 04 de febrero de dos mil veintiséis (2026)

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 RIAÑO MURILLO**, identificada con cc 1.110.263.404 de Suarez, la suma de **dos millones trescientos mil pesos (\$2.300.000)**, por concepto del pago de honorarios del período comprendido entre el 01 de enero al 31 de enero de 2026, dentro del contrato de prestación de servicios N.006 del 01 de enero de 2026, cuyo objeto es CONTRATAR LA PRESTACIÓN 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 Riaño Murillo.
LAURA KATHERIN RIAÑO MURILLO
C. C 1.110.263.404

INFORME DE ACTIVIDADES NÚMERO UNO (01)	
PERIODO DE EJECUCIÓN: 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026	
CONTRATO N.006 DEL 01 DE ENERO DEL 2026	
NUMERO 006 PROCESO DE SECOP II	
DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LAURA KATHERIN RIAÑO MURILLO
No. DE IDENTIFICACIÓN	1110263404
DIRECCIÓN	VEREDA SAN RAFAEL
TELÉFONO/CELULAR	3185679647
EPS	Salud total
FONDO DE PENSIONES	Porvenir
CUENTA BANCARIA	466570036555
TIPO DE CUENTA	Ahorros
BANCO	Banco Agrario De Colombia
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUÁREZ TOLIMAE.S.E.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y/O SUSPENSIONES)	TRES MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYENDO ADICIONES)	\$ 6.900.000
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE ENERO DEL 2026
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE MARZO DEL 2026
PRESENTADO A: - SUPERVISOR	Leandro Córdoba
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	
Para dar cumplimiento al Contrato de Prestación de Servicios N.006 del 01 de ENERO del 2026, me permito presentar informe sobre la gestión realizada en el periodo que corresponde al mes de ENERO del 01 de enero al 31 de enero de 2026, de acuerdo a como lo estipula el contrato en mención.	

OBLIGACIÓN No. 1:

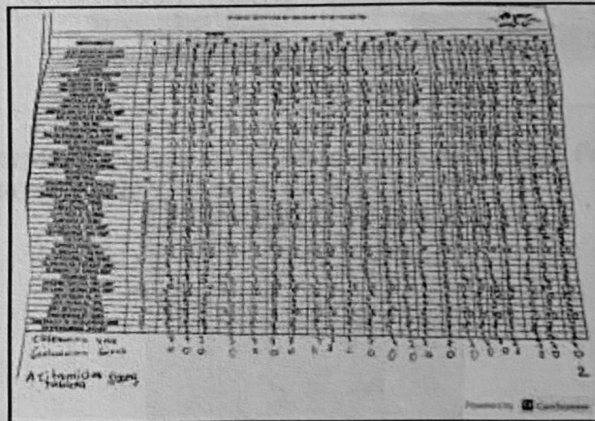
Se Ejecuta y aplica los conocimientos asistenciales propios de auxiliar de enfermería en la atención integral de los pacientes conforme a los protocolos médicos y guías de atención y de acuerdo con la naturaleza de sus actividades para la prestación de los servicios de salud ofertados por el Hospital Santa Roma de Lima E.S.E.

OBLIGACIÓN No. 2:

Se Promueve 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.

OBLIGACIÓN No. 3:

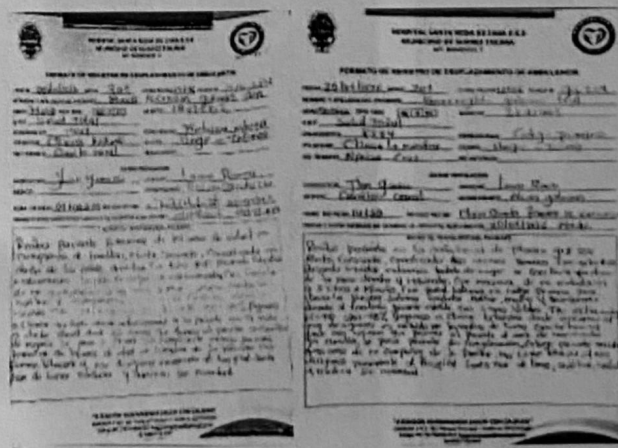
Se Responde por el pertinente registro clínico en el sistema, por la legalidad de los soportes de su competencia, con el debido y completo diligenciamiento, manteniendo la fuente primaria para soportar correctamente la atención y la facturación de los servicios a las diferentes entidades de salud.

**OBLIGACIÓN No. 4:**

Se Participa 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.

OBLIGACIÓN No. 5:

Se Realiza 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.



OBLIGACIÓN No. 8:

Se vela 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.

OBLIGACIÓN No. 9:

Se Asiste a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.

OBLIGACIÓN No. 10:

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

OBLIGACIÓN No. 11:

Se Garantiza 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.

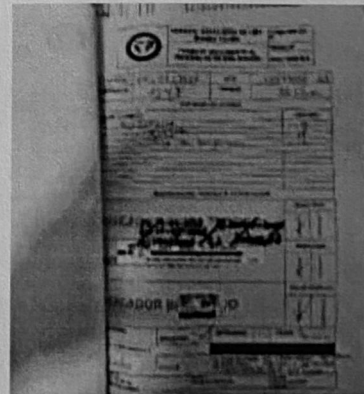
OBLIGACIÓN No. 12:

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

OBLIGACIÓN No. 13:

Se Realiza las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisión del contrato acordes con el objeto.

se realiza apoyo en la realización de gasas y compresas para el área de urgencias y proceso de esterilización.



04 FEBRERO de 2026

Laura Katherine Dorado Morillo.
Firma del contratista

Cedula 1110263404

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110263404		RIANO 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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	30132885	9498022646	I	2026/02/03	2026/02/02	NEQUI	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codlgo	Dias	IBC	Aporte	Codlgo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Ciudad: SUAREZ Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
1	CC 1110263404	RIANO LAURA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-01	2026-01	30132885	9498022646	I	2026/02/03	2026/02/02	NEQUI	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800