



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



INFORME	PERIÓDICO: <u>X</u> UNICO : <u> </u>	No. 02*
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	1 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO 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)	59
AVANCE PORCENTUAL (%)	65.55%

B. INFORMACIÓN FINANCIERA DE EJECUCIÓN

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

"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 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° 02
- Informe De Actividades periodo: FEBRERO 2026
- Seguridad Social N° 9499813221

C. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

ITEM	PERIODO DE PAGO (AÑO - MES)	VALOR
SALUD	2026-02	\$ 219.100
PENSIÓN	2026-02	\$ 280.400
ARL	2026-02	\$ 42.800

"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 9499813221 correspondientes al mes de FEBRERO, 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 2.2.1.1.1.7 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 04 de MARZO 2026.


LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES
Profesional universitario

INFORME DE ACTIVIDADES NÚMERO DOS (02)**PERIODO DE EJECUCIÓN: 01 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO 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 FEBRERO del 01 de febrero al 28 de febrero 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.

[illegible]

OBLIGACIÓN No. 4:

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:

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.

[illegible][illegible]

[illegible]

HSRL - Prevención de enfermedades por vectores

Thank you for your submission

If you passed you will receive a
printable certificate shortly

[Ver la puntuación](#)

Google ha creído que este contenido
contiene información que podría ser
confundida con el contenido de los formularios
de la Universidad de Lima.

¿El formulario parece sospechoso? [Reportarlo](#)

Google Formularios

POSTEST DE CAPACITACION DE FIEBRE AMARILLA FEBRERO 03- 2026 DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E

Se ha registrado tu respuesta

[Ver las respuestas](#)

Este contenido no ha sido revisado por Google.
Si crees que este contenido es inapropiado,
puedes reportarlo a través de la opción de
reportarlo.

Google Formularios

Política SST

Gracias por enviar tu solicitud

Si aprobaste la prueba, recibirás un
certificado de aprobación en breve

[Ver puntuación](#)

Google ha creído que este contenido
contiene información que podría ser
confundida con el contenido de los formularios
de la Universidad de Lima.

¿Este formulario parece sospechoso? [Reportarlo](#)

Google Formularios

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.

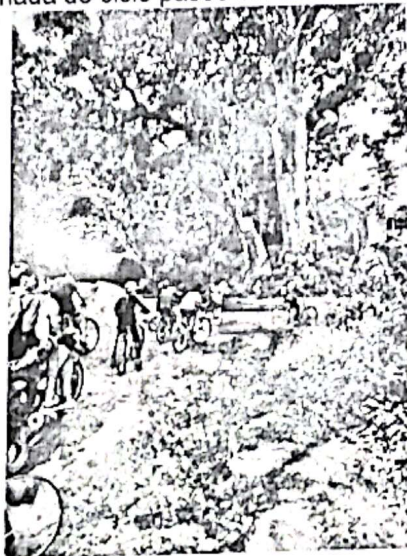
OBLIGACIÓN No. 12:

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 jornada de ciclo paseo el sábado 21 de febrero del 2026.



03 marzo de 2026

Laura Katherine *Riano Murillo*
Firma del contratista

Cedula 1110263404

Suarez (Tolima), 03 MARZO de dos mil veintiséis (2026)

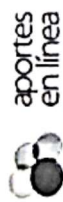
CUENTA DE COBRO

**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 febrero al 28 de febrero 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



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1110261404		BIANO MURILLO LAURA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carretera 2 # 14 NORTE	SUAREZ TOLIMA	318547947	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2026-02	1000000689	949813221	1	2026/02/03	2026/03/04	BANCO DE BOGOTA	\$542,300		
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230301	800.224.808	8	1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
PORVENIR				1	\$280,200	\$200	\$0	\$280,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-23	860.011.153	6	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS002	800.130.907	4	1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
SALUD TOTAL				1	\$218,900	\$200	\$0	\$219,100	
TOTAL				1	\$541,300	\$500	\$0	\$542,300	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1110263404		RIJANO MURIELLO LAURA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 # 2 14 HORRITI	SUAZET TOLIMA	3155679647	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pension	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor		
2026-02	2026-02	1000000049	8499813221	1	2026/03/04	BANCO DE BOGOTA	\$542,300		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
1	CC 1110263404	RIJANO LAURA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$280,200	