Nilo, Cundinamarca, **20 DE MARZO de 2026**

Señores
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
Nilo, Cundinamarca

Asunto: Certificado de pago de aportes

Respetados Señores

Yo, **KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS** identificada con **C.C. 1.000.944.391**, BACTERIOLOGA del Laboratorio Clínico, bajo la gravedad del juramento certifico que los **$541.800** soportados en el pago de aportes obligatorios al sistema general de la **SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES,** corresponden al mes de **FEBRERO DE 2026**, mediante el **CONTRATO N° 130** por prestación de servicios firmado con la **DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO – DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA.**

Dando así cumplimiento al Decreto N° 1273 del 23 de julio de 2018.

Atentamente:

KAREN **MARIANA JIMENEZ ROJAS**
C.C.1.000.944.391 de Bogotá D.C

Nilo Cundinamarca-Tolemaida, Fecha de Cumplido 20/03/2026

Cuenta de cobro No. 02

DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA NIT- 901.540.973-6
NILO – CUNDINAMARCA

DEBE A:

KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS
C.C. 1.000.944.391
CEL. 300970189

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las especificaciones técnicas y/o entregables, descritas en el contrato de Prestación de **SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA DEL CONTRATO N°130 DISAN/DMTOL 2026,** me permito elevar la presente cuenta de cobro correspondiente al mes de **MARZO del 2026** por la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS **($3.432.000)** Cuyo valor solicito sea abonado a mi cuenta bancaria N°912-179195-21 de **BANCOLOMBIA-AHORROS.**

LA SUMA DE:

TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS
($3.432.000)

Cordialmente,

KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS
C.C. 1.000.944.391
Teléfono 300970189

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000944391		KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 19 #5-89	MELGAR-TOLIMA	3003791189	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	143917436	9501458344	I	2026/03/20	2026/03/16	BANCOLOMBIA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
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		$541,800
Ciudad: MELGAR Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1000944391	JIMENEZ KAREN	X																23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

Bancolombia

Pagos PSE

El pago fue exitoso

Comercio:	APORTES EN LINEA
No. comprobante:	TR2257207436
CUS:	143917436
Fecha y hora:	15 Mar 2026 22:58:27
No. de factura:	9501458344
Descripción pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9501458344
Referencia 1:	10.129.7.4
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1000944391
Producto origen:	Cuenta de ahorros **** 9521
Total Pagado:	$ 541.800 COP
Costo transacción:	$ 0 COP

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

INFORME DE GESTIÓN No. __130

Tolemaida Cundinamarca, 20 DE MARZO DE 2026

1. No. DEL CONTRATO	**130**
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	**01 FEBREO 2026**
3. POLIZA DE SEGUROS **(CUANDO APLIQUE)**	**No. De póliza: CUMPLIMIENTO: 25-44-101211894** Entidad que expide la póliza: SEGUROS DEL ESTADO Fecha certificada de aprobación: 02-02-2026 **No. De póliza: RESPONSABILIDAD CIVIL: 25-03-101013231** Entidad que expide la póliza: SEGUROS DEL ESTADO Fecha certificado de aprobación : 04-02-2026
4. CDP	**No. CDP: 18126 Fecha expedición: 2026/02/01** Unidas/Subunidad ejecutora: DMTOL Dependencia: DMTOL Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES Fuente: NACION Recurso:16 **Valor inicial del contrato: $ 37.752.000 pesos**
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	01-02-2025
6. CONTRATISTA	Nombre completo: KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS Identificación: 1000944391 Nacionalidad: COLOMBIANO Dirección – ciudad de residencia: CRA 19 #5-89 Melgar Teléfono de contacto: 3003970189 E-mail de contacto: karenmjr123@gmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: MONICA ELIANA LOZANO AMAYA Cargo: Coordinadora laboratorio clínico (BACTERIOLOGA) Resolución de nombramiento (002 de enero 15 de 2025)
8. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO BACTERIOLOGA DEL DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA Y SUS SATELITES.

9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Registro de pacientes en sistema ENTERPRISE 2. realizar los exámenes de Consulta Externa, hospitalizados y de urgencias en el laboratorio clínico del DMTOL y satélites. 3. Análisis de muestras en las diferentes secciones del laboratorio (química, inmunología, hematología, coproanalisis y uroanálisis). 4. Registra las ordenes que lleguen para la toma de PCR COVID-19, alistar y marcar los MTV; de igual manera una vez tomadas las muestras realizar el embalaje para remitirlas al laboratorio de referencias de la DISAN. 5. entrega de resultados. 6. Realización de estadística en el formato SIMM. 7. Pendiente actividades contractuales hasta fin de mes 8. Pacientes atendidos: 771 9. Exámenes realizados: 1923
10.DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMINETO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**CUENTA DE COBRO N°: 02** **INFORME DE GESTION N°: 02** **INFORME DE SUPERVISION N°: 02** CERTIFICACIÓN DE APORTES SALUD, PENSIÓN Y ARL PLANILLA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECIBO DE PAGO PANTALLAZO VERIFICACIÓN DE PLANILLA
11.CONSTANCIAS	Dejo constancia que, durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato. Así mismo, tanto la suscrita (KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS) y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Dirección de Sanidad – Dispensario Médico de Tolemaida ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en **Tolemaida, 20 DE MARZO de 2026**

FIRMA CONTRATISTA
KAREN MARIANA JIMENEZ ROJAS
CC. 1000944391 DE BOGOTA