NILO - TOLEMAIDA, 20/03/2026

Cuenta de cobro No. 2

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

**DEBE A:**

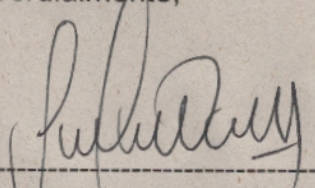
JULIETH FIERRO NARVAEZ
C.C.1.003.863.554
CEL. 3187304811

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 TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O AUXILIAR DE LABORATORIO del contrato #150 DISAN/DMTOL 2026,** me permito elevar la presente cuenta de cobro correspondiente al mes de **Marzo del 2026** por la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS **(2.288.000$)** Cuyo valor solicito sea abonado a mi cuenta bancaria N° 41397421986 **de Banco BANCOLOMBIA cuenta de ahorros**.

**LA SUMA DE:**

DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS **($2.288.000)**

Cordialmente,



---

JULIETH FIERRO NARVAEZ
C.C. 1.003.863.554
Teléfono 3187304811

Nilo, Cundinamarca, 20 marzo de 2026

Señores
**DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**
Nilo, Cundinamarca

Asunto: Certificado de pago de aportes

Respetados Señores

Yo, **JULIETH FIERRO NARVAEZ** identificada con C.C. **1.003.863.554**, AUXILIAR DE ENFERMERIA del Laboratorio Clínico, bajo la gravedad del juramento certifico que los $ 289.100 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° 150** 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:

**JULIETH FIERRO NARVAEZ**
**C.C.1.003.863.554 de RIVERA– HUILA**

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**EJERCITO NACIONAL**

**DIRECCIÓN DE SANIDAD**
**DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA**

**INFORME DE GESTIÓN No.___2_____**

**TOLEMAIDA (CUNDINAMARCA),20 de Marzo de 2026**

| | |
|---|---|
| **1. No. DEL CONTRATO** | 150 |
| **2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO** | 15 de febrero 2026 |
| **3. POLIZA DE SEGUROS** | No. De la Póliza de seguro de cumplimiento entidad estatal 25-44-10121202<br>Entidad que expide la póliza SEGUROS DEL ESTADO S.A<br>Fecha de inicio de la póliza: 09/02/2026<br>No. De la Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional 25-03-101013310<br>Entidad que expide la póliza SEGUROS DEL ESTADO<br>Fecha de inicio de la póliza: 10/02/2026<br>Aprobado por MY. WILMER MANUEL RICO |
| **4. CDP** | No. CRP 17426 No CDP 18426<br>Fecha expedición:11/02/2026<br>Unidas/Sub-unidad ejecutora: DMTOL<br>Dependencia: DMTOL<br>Posición catálogo de gasto: 02 02-02-009-003SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES<br>Fuente: NACIÓN<br>Recurso:16<br>Valor inicial del contrato: $ 24.024.000 pesos<br>Valor total del contrato: $ 24.024.000 pesos |
| **5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL** | 15/02/2026 |
| **6. CONTRATISTA** | Nombre completo: Julieth Fierro Narvaez<br>Identificación C.C. 1.003.863.554<br>Nacionalidad Colombiana<br>Dirección – ciudad de residencia Calle 14a # 12A – 32 Barrio Villa Sofia - Melgar<br>Teléfono de contacto 3187304811-3187304879<br>E-mail de contacto yuleith_14@hotmail.com |
| **7. SUPERVISOR** | Nombre completo: SMSM. MONICA ELIANA LOZANO AMAYA<br>Cargo: COORDINADORA LABORATORIO CLINICO DMTOL<br>**Resolución de Nombramiento No. 002 de fecha 09 de enero de 2026** |
| **8. OBJETO CONTRACTUAL** | RESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DEL LABORATORIO CLINICO DEL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA |
| **9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | 1. Realizar la toma de las muestras, separación y distribución a las diferentes secciones del laboratorio.<br>2. Recibir y tomar las muestras que se van a realizar de acuerdo con los exámenes solicitados.<br>3. Preparar el material necesario para la realización de los procedimientos del laboratorio.<br>4. Informar al usuario sobre la forma de recolección de cada uno de las muestras de laboratorio y las condiciones en las que se debe presentar al examen<br>5. Velar por el cuidado y limpieza de los equipos, elementos y máquinas del laboratorio. |

| | |
|---|---|
| | teniendo en cuenta los protocolos básicos de residuos hospitalarios.<br>7. Velar por el cuidado, limpieza y mantenimiento preventivo de los elementos y equipos del laboratorio.<br>8. Entregar los resultados de los análisis requeridos<br>9. Revisar el material y los reactivos para los análisis solicitando a quien corresponda el suministro de los mismos.<br>10. Tener curso aprobado de toma de muestra vigente no menor a dos años<br>11. Organizar el archivo documental del laboratorio de acuerdo a las TRD.<br>12. Entregar resultados en cada uno los servicios de prioritaria y hospitalización, de manera ágil y oportuna<br>13. Realizar clasificación y embalaje de muestras remitidas a la red externa<br>14. Verificar periódicamente los insumos de laboratorio, con el fin de realizar pedido a la coordinación del laboratorio.<br>15. Realizar el lavado de material pertinente de acuerdo a la necesidad.<br>16. Debe llevar a cabo el correcto manejo del kardex de insumos con el fin de proyectar las necesidades reales,<br>17. Ingresar al kardex los insumo y reactivos que ingresen al laboratorio de acuerdo a solicitud de pedios al almacén del DMTOL<br>18. Cuando sea requerido, el prestador de servicio se podrá desplazar a cumplir sus labores asistenciales y/o administrativas en la jurisdicción del DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA y sus Satélites, con el fin de dar cumplimiento al Programa de Atención Domiciliaria liderado para los usuarios que cumplan criterios para tal fin.<br>19. Realizar la prestación del servicio durante cada mes con 168 horas como AUXILIAR DE LABORATORIO en la atención de los usuarios que lo requiera según concertación por el COORDINADOR DEL LABORATORIO DMTOL.<br>20. Responder por los inventarios del servicio donde se cumple el objeto del contrato, realiza los controles diarios de los mismos dejando Continuación del 16 registro de la actividad e informar de inmediato a los servicios y por escrito cualquier novedad de los mismos.<br>21. Realizar la solicitud de insumos médico-quirúrgicos para la atención de los usuarios y supervigila el gasto de los mismos previos, con el aval de la coordinadora del servicio.<br>22. Cumplir con las normas de bioseguridad universales y las establecidas por la institución entre las cuales se incluye el uso estricto de elementos de protección, uso de traje blanco anti fluidos según el área que se encuentra establecida (personal femenino utilizar pantalón o vestido largo más debajo de la rodilla, cabello recogido con malla, los hombres presentación personal excelente y afeitado); el porte de accesorios discretos SIN ANILLOS, PULSERAS, ARETES COLGANTES MAYORES DEL LÓBULO DE LA OREJA, EL CABELLO RECOGIDO EN SU TOTALIDAD, CALZADO CERRADO CON FUNDA IMPERMEABLE Y ANTIDESLIZANTE (zapatos blancos sin orificios en la parte superior) Y UÑAS |

| | |
|---|---|
| | CORTAS dando cumplimiento a las normas de bioseguridad.<br>23. Realizar revisión permanente de las guías, protocolos y procesos que se encuentre vigentes en el DMTOL y sus Satélites garantizando la adherencia a los mismos.<br>24. Conocer todos los procesos y mantener permanente comunicación con el equipo interdisciplinario para brindar atención integral al paciente.<br>25. Elaborar de manera organizada, real y completa las estadísticas que se deriven del servicio prestado como contratista, reportando la información solicitada por las diferentes secciones tanto en el DMTOL y sus Satélites (costos, bioestadística, jurídica, calidad, salud pública, etc.); así como presentar los reportes solicitados por los entes superiores en el tiempo y características estipuladas para cada proceso.<br>26. Asistir a las capacitaciones programadas por las diferentes secciones tanto en el DMTOL como sus Satélites, encaminadas al mejoramiento continuo de la calidad del servicio prestado a los usuarios en el ESM, así como dictar las capacitaciones que según su idoneidad se requieran en cumplimiento de la misión del DMTOL y sus Satélites.<br>27. Comunicar inmediatamente al Supervisor del contrato y Oficina de Garantía de calidad, la ocurrencia de cualquier evento adverso que se presente en el desarrollo de la prestación del servicio objeto de este contrato y acatar el plan de mejoramiento que se derive de éste para mitigación de los riesgos.<br>28. Cargar los resultados los exámenes y los consentimientos informados a la plataforma de SALUD. SIS<br>29. Ejecutar las demás actividades que sean necesarias para lograr un total y fiel cumplimiento del objeto, el alcance y las obligaciones contratadas, aunque no estén específicamente señaladas en el presente documento, siempre y cuando las mismas correspondan a la naturaleza y objeto del contrato. |
| **10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMINETO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | 1. COPIA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO.<br>2. COPIA DE LAS POLIZAS<br>3. COPIA DE LA APROBACIÓN DE LAS POLIZAS<br>4. COPIA DE LA AFILICIÓN ARL.<br>5. COPIA DE LA CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE.<br>6. CUENTA DE COBRO N°: 1<br>7. CERTIFICACION DE APORTES SALUD, PENSION Y ARL.<br>8. INFORME DE SUPERVISION N°: 1<br>9. INFORME DE GESTIÓN N°: 1<br>10. PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.<br>11. COPIA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL<br>12. COPIA DEL RUT ACTUALIZADO. |
| **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.<br>Así mismo, tanto JULIETH FIERRO NARVAEZ 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,** a los 20 **días del mes de Marzo 2026**

**FIRMA CONTRATISTA**
**JULIETH FIERRO NARVAEZ**
**C.C. 1.003.863.554**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | JULIETH FIERRO NARVAEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1003863554 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-03-13 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-03-12 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-03-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | NEQUI |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-02 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-02 |
| NÚMERO PLANILLA: | 36711638 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 36711638 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 933.816 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 116.800 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 933.816 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.500 | $ 149.500 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 933.816 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 22.800 | $ 22.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 289.100 | $ 289.100 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/04/2026 |

A

atecliente@asopagos.com

To: YULEITH_14@HOTMAIL.COM

Estimado Cliente:

La transacci&#65533;n que realizo en la fecha 2026-03-11 20:00:14 fue APROBADA

DETALLES DEL PAGO
Tipo De Documento: CC
N&#65533;mero De Documento: 1003863554
IP: 10.10.11.80
Valor: $289,100
Banco: NEQUI
N&#65533;mero de CUS: 133439872
N&#65533;mero de Planilla: 36711638.