

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS  
CERTIFICACION PARA PAGO DE CUENTA**

**INFORMACION BASICA**

<b>NUMERO DE CONTRATO</b>		<b>BENEFICIARIO</b>		<b>NIT O CEDULA</b>
185 ✓		IVAN MAURICIO REY GARCIA ✓		86.078.627
<b>PAGO O FACTURA No</b>	<b>FECHA DE LA FACTURA</b>		<b>VALOR</b>	<b>PERIODO</b>
5 ✓	30 DE DICIEMBRE DE 2025 ✓		945.000 ✓	DICIEMBRE DE 2025 ✓
<b>CONCEPTO:</b>				
*PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERO (A), PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLINICAS PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1539 DE 28 DE AGOSTO 2024*				
<b>CUENTA BANCARIA PARA ABONO:</b>				
BANCO DE BOGOTA	X	AH	556267557	
<b>CDP NUMERO</b>				
N.º 000719 ✓				

**CONTROL DOCUMENTACION**

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
INFORME DE ACTIVIDADES	X			FACTURA O CUENTA DE COBRO	X			
FOTOCOPIA PAGO APORTES SALUD	X			INGRESO DE ALMACEN		X		
FOTOCOPIA APORTES PENSION	X			CONSTANCIA DE SERVICIO		X		
FOTOCOPIA APORTES ARP	X			OTROS		X		

**CONTROL SALDOS DEL CONTRATO**

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	\$14.000.000 ✓	
+ ADICIONES	\$0	
= VALORES TOTALES	\$14.000.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$12.810.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$945.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$13.755.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$945.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$245.000 ✓	

Por lo anterior certifico para trámite de pago, que esta cuenta cumple lo pactado en el contrato, y que los soportes fueron enviados para archivo en la carpeta original del contrato a la División Jurídica

(NO APLICA PARA PROVEEDORES)

**COMO CONTRATISTA DECLARO Y CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:**

- 1) SOY DECLARANTE DE RENTA: SI \_\_\_ NO X; SOY DECLARANTE DE IVA: SI \_\_\_ NO X  
 2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 185, FECHA 03 DE JUNIO DEL 2025

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 185 DE 2025 POR VALOR DE CATORCE MILLONES DE PESOS (\$14.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de pagos parciales de acuerdo con la ejecución del contrato, teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado. El valor por certificado, se cancelará a TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$35.000) MONEDA LEGAL VIGENTE LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011).

- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD, PENSION Y ARL POR EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 DE 2018) ASI:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
FAMISANAR	92280089 ✓	\$247.300 ✓
PROTECCION		\$316.500 ✓
ARL POSITIVA		\$48.200 ✓

- 4) CONTRATOS CON OTRAS ENTIDADES: NO CONTRATO No. VALOR MENSUAL


**NOMBRE DEL CONTRATISTA**

**FIRMA**

IVAN MAURICIO REY GARCIA



CC No 86.078.627 DE VILLAVICENCIO

 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	<b>Aprobado 22/01/2020</b>
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				


<b>FECHA DE SUPERVISION</b>	30 DE DICIEMBRE DEL 2025 ✓
<b>NUMERO CONTRATO</b>	185 DE 2025 ✓
<b>CONTRATANTE:</b> NIT	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> NIT. 892.000.458-6 ✓
<b>CONTRATISTA</b> C.C.:	<b>IVAN MAURICIO REY GARCIA</b> 86.078.627 de Villavicencio ✓
<b>OBJETO:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERO (A), PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLINICAS PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1539 DE 28 DE AGOSTO 2024. ✓
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>	CATORCE MILLONES DE PESOS(\$14.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE ✓
<b>PLAZO:</b>	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025. ✓
<b>PERIODO A COBRAR:</b>	DICIEMBRE DE 2025 ✓
<b>VALOR DEL PERIODO A COBRAR:</b>	NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS (\$945.000) MONEDA LEGAL VIGENTE ✓

**AJUSTES O MODIFICACIONES**


<b>ACCION SUSCRITA:</b>	<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
MODIFICACIONES		
PRORROGAS		
ADICIONES		

**EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO**

<b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Realizar la Calificación, Certificación y Registro de Localización y caracterización de la Discapacidad a cuatrocientos (400) usuarios, de los Municipios (100 en El Dorado – 60 el Castillo y 240 en San Martín de los Llanos), de acuerdo al lineamiento de la Resolución 1197 de julio de 2024	X		Se realizaron un total de 27 valoraciones así: - 0 en San Martín; - 0 en EL Castillo y - 27 en El Dorado.
Realizar 400 procedimientos de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF	X		Se realizaron un total de 27 valoraciones.

 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	<b>Aprobado 22/01/2020</b>
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

Realizar las valoraciones por la junta interdisciplinaria de fôrma institucional en la ESE Hospital Local de San Martín de los Llanos según la necesidad.	X		
Entregar copia de los certificados de discapacidad emitidos, así como matriz en Excel donde reposen los datos básicos.	X		Se entregaron a los usuarios 27 certificados impresos
Realizar los desplazamientos a cuenta y riesgo en el Municipio de San Martín de los Llanos de acuerdo a las necesidades poblacionales a intervenir del Municipio.	X		
Analizar los expedientes y documentos que la Secretaria de Salud Municipal le entregue para la sustentación de las calificaciones.	X		
Contar con la disponibilidad acordada con el supervisor para llevar a cabo las valoraciones y certificaciones.	X		
Emplear una comunicación asertiva con las personas a certificar.	X		
Disponer de los elementos (computador, internet, formatos, esferos) necesarias antes del proceso de valoración.	X		
Registrar la información en el aplicativo del Ministerio de Salud, denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).	X		
Realizar un perfil completo de la discapacidad, con base en una herramienta técnica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la matriz de la Secretaría de Salud del Meta	X		
Entregar el certificado de discapacidad una vez finalizada la valoración de la persona a intervenida.	X		
Ordenar la práctica de exámenes y evaluaciones complementarias, diferentes a los acompañados en el expediente que considere indispensables para fundamentar su dictamen.	X		
<b>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:</b>			
1. Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo al Hospital y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás.	X		
2. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.	X		
3. Afiliarse al sistema de seguridad social integral.	X		
4. Realizar los pagos mensuales por concepto de seguridad social integral, sobre el 40% bruto del valor mensual. En ningún caso la	X		

 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	<b>Aprobado 22/01/2020</b>
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

base gravable podrá ser menor al salario mínimo mensual legal vigente.			
5. Entregar al supervisor del contrato junto con el informe mensual, copia legible del comprobante de pago del aporte mensual al Sistema de Seguridad Social integral en los términos señalados en la Ley.	X		
6. El contratista debe demostrar buen manejo de las relaciones interpersonales, ser diligente y responsable.	X		
7. Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual.	X		
8. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	X		
9. Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo.	X		
10. Asumir todos los costos que genere la legalización del presente contrato.	X		
11. Realizar las demás obligaciones de acuerdo con su competencia profesional y que sean inherentes al objeto contractual.	X		
12. Demás actividades que contribuyan al cumplimiento del objeto contractual.	X		
13. Dar noticia inmediata al supervisor de las novedades que puedan ocasionar la parálisis en la ejecución del contrato.	X		
14. Coordinar la entrega de los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor.	X		


<b>BALANCE FINANCIERO</b>	
ITEM	BALANCE
Valor inicial del contrato	\$14.000.000 ✓
Valor adicionado	\$0
Valor pagado al contratista	\$12.810.000 ✓
Valor a pagar con esta cuenta	\$945.000 ✓
Saldo a favor del hospital	\$245.000 ✓
<b>TOTAL DE SUMAS IGUALES</b>	<b>\$14.000.000 ✓</b>

**ANEXOS:**

Cuenta de cobro	SI
Informe de actividades	SI
Certificado de pago de aportes a seguridad social	SI

**IVAN MAURICIO REY GARCIA**

86.078.627 de Villavicencio

 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	<b>Aprobado 22/01/2020</b>
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización <b>22/07/2020</b>	Revisado por Calidad	<b>Aprobado por Gerencia</b>
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO**

<b>VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES</b>	
El contratista SI cumplió con lo establecido en el contrato mencionado desarrollando todas las actividades descritas en el mismo	
El contratista NO cumplió con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	
El contratista cumplió <b>PARCIALMENTE</b> con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	

<b>RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL</b>
--

**CONCLUSIONES:**

<input type="checkbox"/> APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
<input type="checkbox"/> CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
<input type="checkbox"/> NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	

**CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR**

Subgerente – Supernumerario

Resolución N° 146 de 2025

VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

*NOTA ACLARATORIA: Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente Yotjana Rey Lodoño, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor Cristian Felipe Suárez Aguilar de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la Resolución No. 146 de 2025, que indica que el señor Suárez Aguilar asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.*

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	FECHA PASO ASCUAMA (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
CC	88078827	IVAN MAURICIO REY GARCIA	CALLE 7 # 3-45	3259113981	ivanmauriciorey@miplanilla.com	2025-11	1
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE ACCIDENTAL	DÉPARTAMENTO	CORREO	CUIDAD / MUNICIPIO	FECHA PASO (DIAS/MES/AÑO)	TOTAL A PAGAR
UNICA	1 - Independiente		META		SAN MARTIN	2025-11	9,163,022
				EXONERADO PASO PARAMÉTRICOS Y SALUD			
				NO			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD										
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación Obligante	UPC adicional	Incapacidades	Valor	Nº. Autorizaciones	Valor	Licencia Maternidad	Valor
EP2017	Farmasur EPS	870001564-2	200,000	0	0	0	0	0	0	0
Días Más										
Valor Más Cotización										
Valor Más UPC										
Total a Pagar										
200,000										
Nº. Afiliados										
1										

TOTALES PENSION

TOTALES PENSION										
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Nº. Autorizaciones	Valor	Licencia Maternidad	Valor	
290201	Pension (Indep + Pension)	802291234-8	296,000	0	0	0	0	0	0	
Días Más										
Valor Más Cotización										
Valor Más Fij										
Total a Pagar										
296,000										
Nº. Afiliados										
1										

TOTALES REBODOS LABORALES

TOTALES REBODOS LABORALES										
Código ABL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Valor	Nº. Autorizaciones	Valor	Licencia Maternidad	Valor	
14-23	Primeros Seguros	889111534-8	38,000	0	0	0	0	0	0	
Días Más										
Valor Más Cotización										
Valor Más Fij										
Total a Pagar										
38,000										
Nº. Afiliados										
1										

TOTALES PARAMÉTRICOS

TOTALES PARAMÉTRICOS				TOTALES POR SUBSISTEMA			
Valor Aporte	Días Más	Valor Más Aporte	Total a Pagar	Tipo Administradores	Nº. Administradores Registrados	Valor más de IGE, LMA, IGP y Más	Total a Pagar
0	0	0	0	Salud	1	200,000	200,000
0	0	0	0	Pension	1	296,000	296,000
0	0	0	0	Rebodos Laborales	1	38,000	38,000
0	0	0	0	CCF	0	0	0
0	0	0	0	ESAP	0	0	0
0	0	0	0	ICBF	0	0	0
0	0	0	0	MEI	0	0	0
0	0	0	0	SENA	0	0	0
				<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>495,000</b>	<b>495,000</b>







## CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 12/15/2025 7:56:51 AM

Señor(a) : IVAN MAURICIO REY GARCIA a continuación se presenta un resumen del último año de los aportes encontrados en la base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA con corte a 12/15/2025 7:56:52 AM. Al correo electrónico registrado por usted, le será enviado dentro de las próximas 24 horas el histórico de los pagos reportados en la PILA para el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y Parafiscales.

Tipo Aporte	Datos Planilla				Datos del Aportante				Aportes a Seguridad Social Pagados				Días aportados			
	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Periodo Salud	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud	Salud
C	92260069	MPLANILLA	2025-12-11	2025-12-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	247300	316500	48200	0	30	0	0	0	30	30
C	91659022	MPLANILLA	2025-11-28	2025-11-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	90750038	MPLANILLA	2025-10-22	2025-10-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	90168793	MPLANILLA	2025-09-29	2025-09-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	319000	408400	62200	0	30	0	0	0	30	30
C	89264541	MPLANILLA	2025-08-26	2025-08-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	378000	483800	73700	0	30	0	0	0	30	30
C	88421264	MPLANILLA	2025-07-28	2025-07-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	410000	524800	80000	0	30	0	0	0	30	30
C	87641727	MPLANILLA	2025-06-25	2025-06-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	410000	524800	80000	0	30	0	0	0	30	30
C	86811129	MPLANILLA	2025-06-12	2025-05-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	85998123	MPLANILLA	2025-05-09	2025-04-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	85184153	MPLANILLA	2025-04-08	2025-03-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	84919394	MPLANILLA	2025-03-11	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	546500	699600	106600	0	30	0	0	0	30	30
C	84919394	MPLANILLA	2025-03-11	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	346500	443600	67600	0	30	0	0	0	30	30
C	84400490	MPLANILLA	2025-02-24	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	83616992	MPLANILLA	2025-02-11	2025-01-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	82889172	MPLANILLA	2025-01-21	2024-12-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30
C	81996095	MPLANILLA	2024-12-18	2024-11-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	0	0	0	30	30

La información dispuesta en esta consulta es la reportada por los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA. Cualquier inconformidad con el reporte presentado dirijase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICACION CUMPLIMIENTO	VERSION 2	CODIGO FR-CON-12	Aprobado 31/08/2017
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS  
NIT: 892.000.458-6**

En su condición de supervisor , en el marco de la Resolución 146 de 2025 , de acuerdo a las funciones asignadas, para el Contrato de prestación de servicios Número **185** con fecha de acta de inicio el día tres (03) de junio de dos mil veinticinco (2025).

**CERTIFICA**

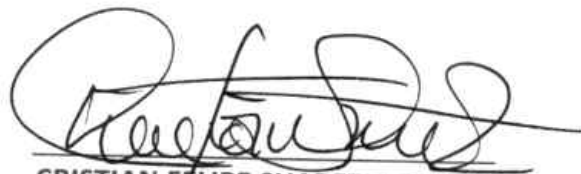
Que **REY GARCIA IVAN MAURICIO** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 86.078.627 expedida en el municipio de Villavicencio - Meta

Conforme a lo establecido en el contrato y

Teniendo en cuenta que el contratista ha ejecutado las actividades estipuladas en las actividades y obligaciones del contrato, en los tiempos y requisitos establecidos,

Certifica el cumplimiento para el pago

Dado en San Martín de los Llanos, el día treinta (30) de diciembre de dos mil veinticinco (2025).



**CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR**

Subgerente - Supernumerario

Resolución N° 146 de 2025

Vo.Bo. SUPERVISOR CONTRATO

**NOTA ACLARATORIA:** Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor **Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146** de 2025, que indica que el señor **Suárez Aguilar** asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.

Proyectó: Cristian Felipe Suarez Aguilar - Subgerente-Supernumerario-(Res. 146 de 2025)-	Revisó: Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digo: Ledis Bibiana Ortiz Cubillas. - Apoyo Administrativo
---	--	---

Dirección. Calle 4 No. 7 – 34 Barrio Camoa – San Martín de los Llanos  
 Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87  
 Correo Electrónico. Email: [administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co](mailto:administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co)