

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

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO		BENEFICIARIO		NIT O CEDULA	
164 ✓		JASBLEYDI MAGE VERGARA		40.421.978	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
3 ✓		19 DE AGOSTO DE 2025 ✓		\$ 2.500.000 ✓	
PERIODO					
01 AL 31 DE JULIO DE 2025 ✓					

CONCEPTO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC - DEPARTAMENTAL) 2025.

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

BANCO DE BOGOTÁ X AH 556201556

CDP NUMERO

000646 ✓

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	\$15.000.000 ✓	
+ ADICIONES	\$0 ✓	
= VALORES TOTALES	\$15.000.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$5.000.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$2.500.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$7.500.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$2.500.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$7.500.000 ✓	

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 164, FECHA 01 DE MAYO DE 2025 ✓

CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 164 POR VALOR DE QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: Seis (6) pagos mensuales, cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$2.500.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, previa presentación de los requisitos. LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3890/2011)

- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A PENSION, SALUD Y ARL DEL MES DE JULIO 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018) ASÍ:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
Nueva Eps	79116127 ✓	\$178.000 ✓
Colpensiones		\$227.800 ✓
Positiva		\$34.700 ✓

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

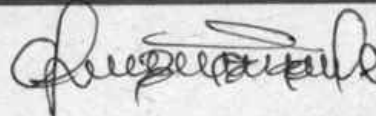
NOMBRE DEL CONTRATISTA


FIRMA

JASBLEYDI MAGE

JASBLEYDI MAGE VERGARA

40.421.978




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

FECHA DE SUPERVISION	19 DE AGOSTO DE 2025 ✓
NUMERO CONTRATO	164 ✓
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS. NIT. 892.000.458-6 ✓
CONTRATISTA C.C.:	JASBLEYDI MAGE VERGARA 40.421.978 ✓
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC DEPARTAMENTAL) 2025 ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$15.000.000) ✓
PLAZO:	SEIS (6) MESES A PARTIR DE ACTA DE INICIO.
PERIODO A COBRAR:	01 AL 31 DE JULIO DE 2025 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE. (\$2.500.000) ✓


AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS	NA	NA
ADICIONES	NA	NA


EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1-Participar de las reuniones y capacitaciones convocadas por la coordinadora PIC del hospital.	X		Participe en reuniones Los días: 02-07-2025 Reunión con el Gerente-subgerente y equipo PIC en el auditorio del HLSM. 11-07-2025 Reunión en el HLSM con la referente de salud mental y la Coordinadora Jefe.

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

			<p>14-07-2025 Reunión virtual con supervisor del programa, jefe Andrés Benito y equipo PIC. De Secretaría de Salud, sobre correcciones de EPICOLLET 5.</p> <p>17-07-2025 Reunión auditorio HLSM con supervisor de Secretaría de salud, Gerente- Subgerente y equipo PIC, para revisión de Metas con soportes.</p> <p>23-07-2025 Reunión en la secretaria de salud dptal con supervisor del programa, jefe Andrés Benito y equipo PIC.</p> <p>-29-07-2025 capacitación a los docentes de la I.E Iraca, sobre el tema de Primeros auxilios Psicológicos con la coordinadora del programa PIC JENNY RUIZ y auxiliar de Enfermería.</p>
2-Garantizar el registro del 100% de las atenciones de salud, que ejecute de manera individual, el registro se debe realizar en el sistema de información de HC con cuenta el hospital o en su defecto en los registros clínicos manuales estos deben entregarse el mismo día de la atención a la coordinadora.	x		Se realizaron las atenciones en salud programadas para este mes.
3-Realizar la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado.	x		Realicé la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado el día 01-07-2025.
4- Realizar las actividades inherentes a su profesión y con base a las actividades solicitadas por el coordinador o supervisor en aras de cumplir las metas descritas en el contrato del PIC Departamental.	x		Realicé las intervenciones a las familias en el territorio 1 micro territorio 3.
5-Apoyar la actualización semanal de la cartografía social y mapeo del territorio asignado, en cuanto a: actualización de convenciones, nuevas familias caracterizadas, identificación de viviendas con población : gestante, primera infancia,	x		Apoyé la actualización semanal con visitas domiciliarias en el territorio 1 micro territorio 3 interviniendo 84 familias. identificando viviendas con población : gestante 2 personas, primera infancia 10 personas ,

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

<p>discapacitada, cierre de PCP, etc. Según metodología del ministerio de salud y protección social y directrices del hospital del territorio asignado por la coordinadora, (presentar actas de reunión semanal e informe mensual con la cartografía social, registro fotográfico y planillas firmadas por los asistentes a la actividad en físico, digitadas en archivo editable y escaneadas, mapas y demás que considere la coordinadora.</p>			<p>discapacitada 2 personas, cierre de PCP, etc. Según metodología del ministerio de salud y protección social y directrices del hospital del territorio , registro fotográfico y planillas firmadas por los asistentes a la actividad en físico, digitadas en archivo editable y escaneadas, y demás documentos que considero la coordinadora.</p>
<p>6- Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación en coordinación con el área de trabajo social.</p>		x	<p>Se realizó la gestión pero no se encontraron personas no afiliadas al sistema de salud, para este periodo.</p>
<p>7-Diligenciar los datos en los instrumentos de forma manual y en las herramientas definidas por la IPS y los demás informados por la coordinadora del PIC. Departamental.</p>	x		<p>Diligencie los datos de las familias intervenidas en el aplicativo EPICOLLECT5, listados de asistencia, APGAR familligramas.</p>
<p>8. Participar activamente en las actividades de mejora continua de la empresa a través del sistema de gestión de calidad y cumplir con los requisitos establecidos según la normatividad vigente.</p>	x		<p>Participe activamente en las actividades programadas por la secretaría de salud para contribuir a la mejora continua entre otros los días: 14-07-2025 Reunión virtual con supervisor del programa, jefe Andrés Benito y equipo PIC. De Secretaría de Salud, sobre correcciones de EPICOLLET 5.</p>
<p>9-Cumplir con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la necesidad de los servicios habilitados en la institución.</p>	x		<p>Cumplí con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la necesidad de los servicios habilitados en la institución.</p>
<p>10- Mantener informada a la enfermera del equipo PIC de las actividades y entrega de informes semanales y/o según requerimiento tanto de la enfermera del equipo y/o de la coordinadora PIC.</p>	x		<p>Mantuve informada a la enfermera y psicóloga del equipo PIC de las actividades y entrega de informes semanales y/o según requerimiento tanto de la enfermera del equipo y/o de la coordinadora PIC.</p>
<p>11-Mantener organizado el archivo y la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la organización</p>	x		<p>Mantuve el archivo de la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la</p>

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

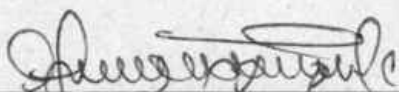
presentada por la coordinadora del grupo PIC.			organización presentada por la coordinadora del grupo PIC.
12- Guardar discreción sobre la información que conozca en cumplimiento del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.	x		12- Guarde discreción sobre la información que conocí en cumplimiento del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.
13-Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de la enfermera y o coordinadora.	x		Cumplí con las instrucciones suministradas por la Enfermera y coordinadora del PIC departamental.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR: El valor total de la presente contratación es por QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, **FORMA DE PAGO:** El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato en seis (6) pagos mensuales cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$2.500.000), previa presentación de los siguientes requisitos: a) informe de actividades en donde se pueda verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato b) Cuenta de cobro c) Documento para verificación del cumplimiento de las obligaciones con el sistema general de seguridad social, (sistemas de salud y pensiones D). Certificación emitida por el coordinador del PIC donde acredite el cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el cronograma, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el total del contrato.


BALANCE FINANCIERO	
ITEM	BALANCE
Valor inicial del contrato	\$15.000.000 ✓
Valor adicionado	\$0
Valor pagado al contratista	\$5.000.000 ✓
Valor a pagar con esta cuenta	\$2.500.000 ✓
Saldo a favor del hospital	\$7.500.000 ✓
TOTAL DE SUMAS IGUALES	\$15.000.000 ✓

ANEXOS:

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



JASBLEYDI MAGE VERGARA
CC. 40.421.978

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

REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO

VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES	
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 PARCIALMENTE con lo establecido en el contrato y el desarrollo de todas las actividades descritas en el mismo	

RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL
--

CONCLUSIONES:

APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	✓
CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	

YOTJANA REY LONDOÑO:
VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
NIT. 892.000.458-6

San Martín de los Llanos, 19 de agosto de 2025

Doctora
YOTJANA REY LONDOÑO
Subgerente
Hospital Local San Martín de Los Llanos
Ciudad

ASUNTO: Apoyo Para La Certificación De Ejecución De Las Actividades Del Contrato 0993 Pic Departamental 2025.

Cordial Saludo,

La presente tiene como finalidad dar fe en el cumplimiento de los siguientes parámetros de la ejecución de las actividades del contrato por prestación de servicios # 164 asignado a la Aux de Enfermería **JASBLEYDI MAGE VERGARA** con CC 40.421.978, demostrando desempeño y responsabilidad en sus actividades contractuales.

1. Cumplimiento en la entrega de actividades programadas: 100 %
2. Cumplimiento en la calidad de las actividades ejecutadas: 100%
3. Aptitudes profesionales para la ejecución del contrato, participación en equipo responsabilidad y cumplimiento en envío de información requerido: **Bueno**
4. A corte 30 de julio realizo caracterización y/o actualización de 270 familias en el microterritorio asignado, información verificada en Epicollet.

Cordialmente,


Jenny Ruiz Garzón

Coordinadora

Pic Departamental San Martín

Cel.: 3102105336

picdepartamentalsanmartin@gmail.com

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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
DOCUMENTO CONTROLADO				

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

En su condición de supervisora del Contrato de prestación de servicios Número **164** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de mayo de dos mil veinticinco (2025).

CERTIFICA

Que **MAGE VERGARA JASBLEYDI**, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 40.421.978 expedida en la ciudad de San Martín - 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 diecinueve (19) de agosto de dos mil veinticinco (2025).



YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digito: Ledis Bibiana Ortiz Cubillos. - 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@hospital-sanmartinmeta.gov.co