

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	
046		YENSI NATHALI SANCHEZ QUINTANA		1.121.823.830	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
9		30 DE SEPTIEMBRE 2025		\$ 2.220.000	
				PERIODO	
				SEPTIEMBRE 2025	

CONCEPTO:

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR EN EL ÁREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS"

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

BANCOLOMBIA	X	AH	36712931781
CDP NUMERO			
000046 / 000825 ✓			

CONTROL DOCUMENTACION

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

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	\$13.680.000 ✓	
+ ADICIONES	\$6.660.000 ✓	
= VALORES TOTALES	\$20.340.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$17.460.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$2.220.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$19.680.000 ✓	
...OR NETO A CANCELAR	\$2.220.000 ✓	
= ...S ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$660.000 ✓	

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)

1) SOY DECLARANTE DE RENTA: SI ☐ NO ☒ ; SOY DECLARANTE DE IVA: SI ☐ NO ☒

2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 046, FECHA DE 01 DE ENERO DE 2025

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES NUMERO N. 046, POR VALOR DE TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (\$13.680.000) MONEDA LEGAL VIGENTE FORMA DE PAGO: EL CONTRATISTA RECIBIRA SEIS (6) PAGOS MENSUALES CADA UNO POR VALOR DE DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (\$2.280.000) MONEDA LEGAL Y VIGENTE, TENIENDO EN CUENTA QUE EL PAGO SERA PROPORCIONAL AL SERVICIO PRESTADO, LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011). SE REALIZA UN ADICION POR VALOR SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS (\$6.660.000) MONEDA LEGAL Y VIGENTE Y UNA PRORROGA DE TRES (3) MESES.

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD, PENSION Y ARL POR EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DE 2025 ASI:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
SALUD TOTAL	8637938582 ✓	\$ 178.000
PORVENIR		\$ 227.800
SURA ARL		\$ 34.700

YENSI NATHALIA SANCHEZ QUINTANA

CC No 1.121.823.830 DE Villaviencio.

Yensi Sanchez

 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	30 DE SEPTIEMBRE 2025 ✓
NUMERO CONTRATO	046 DE 2025 ✓
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6 ✓
CONTRATISTA C.C.:	YENSI NATHALI SANCHEZ QUINTANA CC No 1.121.823.830 DE Villavicencio. ✓
OBJETO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR EN EL ÁREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS" ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (\$13.680.000) MONEDA LEGAL Y VIGENTE ✓
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025 ✓
PERIODO A COBRAR:	SEPTIEMBRE 2025 ✓
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$2'220.000) MONEDA LEGAL Y VIGENTE ✓

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	28/06/2025 ✓	ADICION Y PRORROGA ✓
PRORROGAS	28/06/2025 ✓	TRES (3) MESES A PARTIR DE LA TERMINACION INICIAL DEL CONTRATO ✓
ADICIONES	28/06/2025 ✓	SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS (\$6.660.000) MONEDA LEGAL Y VIGENTE ✓

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES		OBSERVACIONES
	SI	NO	
INCLUIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION A SEGUIR.	✓		
PREPARAR Y ORIENTAR AL PACIENTE Y COLABORAR PARA LA REALIZACION DE LOS EXAMENES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIAL CUANDO SEA NECESARIO.	✓		
REALIZAR ACCIONES EDUCATIVAS SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE SALUD, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD (AUTOCUIDADO).	✓		
DAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO MÉDICO Y PRESTAR LOS CUIDADOS DE ACUERDO CON LAS ÓRDENES MÉDICAS Y NECESIDADES DEL PACIENTE.	✓		
INFORMAR AL PROFESIONAL RESPONSABLE SOBRE SITUACIONES DE EMERGENCIA Y RIESGO QUE OBSERVE EN LOS PACIENTES, FAMILIA Y COMUNIDAD O MEDIO AMBIENTE.	✓		
BRINDAR CUIDADO ESPECIAL A LOS PACIENTES QUE ASÍ LO REQUIERAN.	✓		
COLABORAR CON LA IDENTIFICACIÓN DE INDIVIDUOS Y GRUPOS DE LA POBLACIÓN EXPUESTA A RIESGOS DE ENFERMEDAD.	✓		
INFORMAR A INDIVIDUOS Y GRUPO DE LA COMUNIDAD SOBRE LA EXISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	✓		
DESARROLLAR ACCIONES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDA A	✓		

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

ELIMINAR Y CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO FOMENTANDO EL AUTO CUIDADO.	✓		
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	✓		
DILIGENCIAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE LOS DIFERENTES SOPORTES PARA LIQUIDACIÓN DE CUENTAS MÉDICAS.	✓		
INFORMAR AL JEFE INMEDIATO SOBRE CUALQUIER NOVEDAD QUE SE GENERE EN EL ENTORNO DE SU SITIO DE TRABAJO Y QUE AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES.	✓		
MANTENER UNA BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR; CUMPLIENDO CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN.	✓		
PRACTICAR LOS VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS.	✓		
PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO, PLANES DE ENFERMERÍA Y DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LA INSTITUCIÓN.	✓		
INFORMAR AL PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE SUS DEBERES Y DERECHOS.	✓		
VIGILAR Y PROMOVER EL ASEO PERSONAL EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y ORIENTAR AL FAMILIAR PARA QUE LO REALICE (EN CASO DE PACIENTE UBICADO EN ALA DE PEDIATRÍA).	✓		
VIGILAR, CUSTODIAR, DOSIFICAR Y SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LAS ORDENES MÉDICAS RECIBIDAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y REALIZAR EL REGISTRO RESPECTIVO EN EL SISTEMA.	✓		
ENTREGAR EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO INFORME SOBRE NOVEDADES Y EVOLUCIONES DE LOS PACIENTES.	✓		
REALIZAR REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA REALIZADAS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE DURANTE EL TURNO, DE FORMA COMPLETA, CLARA, LEGIBLE, VERAZ, OPORTUNA Y CONFIABLE.	✓		
REALIZAR CONTROL, Y REGISTRO EN EL SISTEMA DE SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTE SEGÚN PROTOCOLO DE LA INSTITUCIÓN.	✓		
MANTENER EL ÁREA DE TRABAJO LIMPIA Y ORGANIZADA.	✓		
REVISAR A DIARIO CARRO DE PARO DE HOSPITALIZACIÓN, CARRO DE PAR DE SALA DE PARTOS Y KIT DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA VERIFICANDO QUE ESTOS SE ENCUENTREN COMPLETOS Y LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS EN FUNCIONAMIENTO.	✓		
REALIZAR CONTEO DE MEDICAMENTOS Y VERIFICAR QUE SE ENCUENTREN COMPLETOS PARA CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO INDICADO.	✓		
PARTICIPAR DE FORMA ACTIVA EN LA RONDA DE ENFERMERÍA PARA ENTREGA Y RECIBIDO DE PACIENTES.	✓		
ACTUALIZAR A DIARIO EL KARDEX DE ENFERMERÍA.	✓		
REGISTRAR DATOS EN EL DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO A RIESGO EN HOSPITALIZACIÓN PARA ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO.	✓		
APLICAR EL DOCUMENTO DE CONTROL DE LISTA DE CHEQUEO DE INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE, PARA VERIFICAR QUE LA HABITACIÓN SE ENCUENTRE EN BUEN ESTADO Y COMPLETA.	✓		
REALIZAR PROCEDIMIENTOS COMO CURACIONES, CAMBIO DE EQUIPOS, LIMPIEZA DE UNIDAD DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y REALIZAR NOTA CORRESPONDIENTE EN SISTEMA.	✓		
CUIDAR, ASEAR Y PROMOVER EL AISLAMIENTO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO UNA VEZ SE ENCUENTRE EN LA SAL ESTABLECIDA PARA ESTE TIPO DE	✓		

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

PACIENTES.			
ORIENTAR Y ESTIPULAR EL TIPO DE CAMA DE ACUERDO A LA EDAD Y CONDICIÓN DEL PACIENTE.	✓		
IDENTIFICAR LOS PACIENTES QUE POR SU CONDICIÓN O CICLO DE VIDA REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO.	✓		
ORIENTAR AL FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE DE ACUERDO A SU CONDICIÓN MÉDICA.	✓		
PROMOVER Y PARTICIPAR EN LA IDENTIFICACIÓN Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS QUE SUCEDAN EN EL SERVICIO Y ENTREGAR AL PROFESIONAL ENCARGADO DEL ÁREA.	✓		
PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS DIFERENTES CÓDIGOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN (ROJO, AZUL Y LILA).	✓		
EJECUTAR PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL CARGO (TOMA DE EXÁMENES, MANEJO DE PACIENTE EN REANIMACIÓN, ETC.).	✓		
ATENDER AL LLAMADO DE DISPONIBILIDAD CUANDO SE REQUIERA.	✓		
REALIZAR LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y REGISTRO ADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL.	✓		
CONTROLAR PERMANENTEMENTE LAS EXISTENCIAS DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS PARA GARANTIZAR LA EXISTENCIA DE INSUMOS.	✓		
DAR USO RACIONAL Y ADECUADO A LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS ASIGNADOS AL ÁREA PARA LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO Y REPORTAR LOS DAÑOS PRESENTADOS.	✓		
SOLICITAR LAS DIETAS DE LOS USUARIOS TENIENDO EN CUENTA LAS ESPECIALIDADES, PATOLOGÍAS DE BASE Y DIAGNÓSTICO ACTUAL, EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS, Y DAR INFORMACIÓN ADECUADA A LOS PACIENTES ACERCA DE LAS MISMAS.	✓		
EDUCAR AL USUARIO SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE EMERGENCIA Y TENER CLARA LAS FUNCIONES QUE DEBEN CUMPLIR EN CASO DE EMERGENCIAS INTERNAS O EXTERNAS.	✓		
LAVAR, CONSERVAR Y UTILIZAR CORRECTAMENTE EL MATERIAL.	✓		
ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS CAPACITACIONES BRINDADAS POR LA INSTITUCIÓN.	✓		
REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN EL TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO.	✓		
ATENDER CON AMABILIDAD, CALIDEZ BRINDANDO EN TODO MOMENTO UN TRATO HUMANIZADO A LOS USUARIOS MANTENIENDO UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LAS PERSONAS CON QUIENES INTERACTÚA.	✓		
- IDENTIFICÁNDOSE Y DIRIGIÉNDOSE CON AMABILIDAD. - EXPLICÁNDOLE CON LENGUAJE CLARO Y SENCILLO LAS ACCIONES REALIZADAS. - FAVORECIENDO UN AMBIENTE DE CONFIANZA PARA QUE EXPRESEN SUS DUDAS E INQUIETUDES. - ATENDIENDO DE INMEDIATO LA SOLICITUD DE AYUDA O APOYO, EXPLICÁNDOLE EN SU CASO LAS SITUACIONES QUE PUDIERAN RETRASAR LA MISMA. - RESPETANDO LOS LÍMITES DE LAS ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES SEÑALADAS EN MANUALES, NORMAS Y POLÍTICAS INSTITUCIONALES, RESPECTO A LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE DAR A CADA INTEGRANTE DEL EQUIPO DE SALUD.	✓		

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

EJERCER LAS DEMÁS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA NATURALEZA DEL CARGO.	✓		
ESTERILIZACIÓN.			
VELAR Y MANTENER EL ESTADO DE ASEPSIA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	✓		
VELAR POR EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	✓		
REVISAR CONTINUAMENTE LA FECHA DE ESTERILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y PAQUETES.	✓		
RECIBIR, REVISAR, CONTABILIZAR LA ROPA ENVIADA POR LAVANDERÍA Y LOS GUANTES UTILIZADOS EN EL SERVICIO.	✓		
UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS MEDIOS ESTABLECIDOS PARA CONTROLAR LA ESTERILIZACIÓN.	✓		
ESTERILIZAR EL INSTRUMENTAL, MATERIAL QUIRÚRGICO Y ROPA NECESARIA PARA EL ÁREA DE CIRUGÍA Y HOSPITAL EN GENERAL DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE ESTERILIZACIÓN.	✓		
ORGANIZAR CADA EQUIPO Y PAQUETES ESTÉRILES EN SU SITIO CORRESPONDIENTE.	✓		
ORGANIZAR LOS EQUIPOS DE PUNCIÓN LUMBAR, TRABAJO DE PARTO, PEQUEÑAS CIRUGÍAS.	✓		
ELABORAR MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO: GASAS, TORUNDAS DE ALGODÓN, APOSITOS, COMPRESAS, MECHAS, DRENES, ETC., DE ACUERDO LA CANTIDAD A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS.	✓		
ENVOLVER MATERIAL EN GENERAL Y EQUIPOS PARA SU ESTERILIZACIÓN (CAUCHOS, GUANTES, EQUIPOS DE ANESTESIA).	✓		
DISTRIBUIR OPORTUNAMENTE EL MATERIAL DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO POR EL SUPERVISOR.	✓		
EMBOTELLAR AGUA PARA SU ESTERILIZACIÓN.	✓		
ELABORAR PAQUETES PARA CIRUGÍA, SALA DE PARTOS Y VISTIERES.	✓		
REALIZAR EL PAQUETE DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO NECESARIO PARA ATENCIÓN EN TRABAJO DE PARTO.	✓		
LAVAR, SECAR, REVISAR Y ENCALCAR LOS GUANTES DE CIRUGÍA.	✓		
RE ESTERILIZAR LOS EQUIPOS Y PAQUETES SEGÚN NECESIDAD.	✓		
REALIZAR EL INVENTARIO DIARIO DE EQUIPOS, MATERIALES, ROPA QUIRÚRGICA, ENTRE OTROS.	✓		
REGISTRAR Y CONTROLAR LA ENTRADA Y SALIDA DE PAQUETES E INSTRUMENTAL.	✓		
CUSTODIAR LOS ELEMENTOS, MATERIALES Y EQUIPOS ASIGNADOS A SU ÁREA, CON EL FIN DE LOGRAR EL USO RACIONAL DE LOS MISMOS.	✓		
ENTREGAR LOS DOCUMENTOS QUE GENEREN LAS FUNCIONES A SU CARGO, AL ARCHIVO GENERAL, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE ARCHIVOS.	✓		
EJERCER LAS DEMÁS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA NATURALEZA DE SU CARGO.	✓		
AMBULANCIA:			
REALIZAR TRASLADOS EN AMBULANCIA DE PACIENTES QUE LO REQUIERAN BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL ASISTENCIA DURANTE EL TRASLADO; GARANTIZANDO SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	✓		
MANTENER LAS AMBULANCIAS DOTADAS CON MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPOS PROPIOS POR HABILITACIÓN.	✓		

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

DEJAR LA AMBULANCIA LIMPIA Y COMPLETA DE DOTACIÓN, POSTERIOR A CADA TRASLADO REALIZADO.	✓		
REALIZAR ENTREGA DE TURNO CON EL PERSONAL ASIGNADO EN CADA CAMBIO DE TURNO.	✓		
GARANTIZAR EL BUEN USO DE LOS EQUIPOS DE CADA MÓVIL O AMBULANCIA. (EL DAÑO OCASIONADO POR EL MAL USO O TRATO, DE ALGÚN EQUIPO, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL TURNO EN EL QUE OCURRIÓ O EN EL QUE SE DETECTÓ, SI NO HAY NOTIFICACIÓN PREVIA EN LIBRO O BITÁCORA).	✓		
DILIGENCIAR DE FORMA CLARA Y CORRECTA LA BITÁCORA DE TRASLADO DE PACIENTES.	✓		

BALANCE FINANCIERO			
ITEM	BALANCE		
Valor inicial del contrato	\$13.680.000		
Valor adicionado	\$6.660.000		
Valor pagado al contratista			\$17.460.000
Valor a pagar con esta cuenta			\$2.220.000
Saldo a favor del hospital			\$660.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	\$20.340.000		\$20.340.000

ANEXOS:

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


YENSI NATHALI SANCHEZ QUINTANA
 CC No 1.121.823.830 DE Villavicencio.

 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





CUADRO DE TURNO MES DE SEPTIEMBRE 2025 AUXILIOARES DE ENFERMERIA

DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
LAURA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M			
	D1	N1	L	N2	N1	NH	L	D1	L	L	L	D1	L	N1	N1	RN	D1	L	L*	DH	L	DH	DH	NH	L	DH	D1	NH	L	L			
	12	12		12	12	12		12				12		12	12	6	12			12		12	12	12		12	12	12					
YENSY	D2	N2	L	DH	NH	L	L	D2	L	D1	L	RN	D2	L	N2	N1	L	DH	D1	L	D2	D1	L	N1	L	D2	D2	L	DH	D1		222	
	12	12		12	12			12		12		6	12		12	12		12	12	L	12	12		12		12	12	12	12				
ROSA	L	L	NH	L	DH	DH	L	DH	L	L	RN	DH	DH	L	NH	NH	L	L	DH	NH	L	NH	NH	L	DH	L	DH	DH	NH	NH		222	
			12		12	12		12			6	12	12		12	12			12	12		12	12		12		12	12	12	12			
ELIANA	N1	L	L	D1	D2	L	DH	NH	L	D2	N1	NH	L	D1	D1	L	L	N1	NH	L	D1	L*	D2	N2	L	D1	N2	L	D1	L		222	
	12			12	12		12	12		12	12	12		12	12			12	12		12		12	12		12	12	12	12				
FARIDE	UR	UR	UR	UR	UR	UR	X	UR	UR	UR	UR	UR	UR	X	UR	UR	UR	UR	UR	UN	X	UR	UR	UR	UR	UR	UR	UN	X	UR	TRI		
	9	9	9	9	9	5		9	9	9	9	9	5		8	8	8	8	8	12		8	8	8	8	8	12	12	8	8			
ALEJANDRA	DH	DH	D3	L	D3	N1	RN	L	D1	D3	DH	L	N1	NH	L	D2	D2	L	RN	D1	RN	D2	L	L	D2	NH	RN	L	RN	L		220	
	12	12	12		12	12	6		12	12	12		12	12		12	12		6	12	12	12				12	12	12	12				
TATIANA	N2	L	D1	N1	L	L	D1	N1	L	N2	N2	L	RN	D2	DH	L	RN	D3	N1	L	NH	L	D3	D1	RN	L	L	D1	D2	N2		222	
	12		12	12			12	12		12	12		6	12	12		6	12	12		12		12	12	12	6			6				
YOLIMA	NH	L	DH	D2	L	D2	N1	L	RN	N1	NH	L	D3	DH	L	D3	D3	N2	L	N1	N2	L	L	D2	D3	D3	L	N2	L	L		222	
	12		12	12		12	12		6	12	12		12	12		12	12	12	12	12	12	12		12	12			12	12	12			
MABEL	L	D2	D2	NH	L	D3	L	N2	L	DH	D2	L	L	RN	D3	L	N1	NH	L	TRI	DH	D3	L	DH	N2	N1	L	RN	D3	D2		222	
		12	12	12		12		12	12	12	12		6	12	12	12	12	12		6	12	12	12	12	12	12							
KEVIN ESTELA	RN	D3	N1	L	L	N2	NH	L	D2	NH	L	N2	L	D3	RN	DH	N2	L	D2	N2	N1	L	D1	L	NH	RN	D3	L	L	DH		222	
	6	12	12			12	12		12	12		12	6	12	6	12	12	12	12	12	12	12	12		12	12	6	12	12	12			
LEIDY	L	D1	RN	RN	D1	L	D2	D3	NH	L	D1	D2	L	N2	L	L	DH	D2	L	D2	D3	L	RN	DH	N1	L	L	L	D2	N1	N1		222
		12	6	6	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12		12	12	12	12	12	12	6	12	12			12	12	12			
DORA	L	RN	L	D3	N2	L	N2	RN	N1	L	D3	N1	NH	L	D2	N2	NH	L	D3	D3	L	N1	N2	RN	L	L	N1	N1	L	D3		222	
		6		12	12		12	6	12		12	12			12	12	12	12	12			12	12	6			12	12	12	12			
SINDY	TRI	TRT	TR	TRI	TRI	RN	L	TRI	TR	TR	TRI	TRI	D1	L	TRI	TRT	TR	TRI	TRI	L	L	TRI	TRT	D3	TRI	TRI	L	D3	TRI	L		222	
	9	9	9	8	9	6		9	9	9	8	9	12		9	9	9	9	8			9	9	12	9	9		12	12				
	D3	NH	N2	L	RN	D1	D3	L	D3	RN	L	D3	N2	L	L	D1	L	D1	N2	L*	L	N2	N1	L	D1	N2	NH	L	N2	L		222	
	12	12	12		6	12	12		12	6		12	12						12			12	12		12	12	12	12	12				
																																222	

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1121823830
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-09-11
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1121823830
NOMBRE EMPLEADO	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PORVENIR
CALIA COMPENSACIÓN	Sin DCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8637939582
REFERENCIA PAGO(PN)	8699146076
TIPO PLANILLA	1
PERÍODO PENSIÓN	2025-09
PERÍODO SALUD	2025-09
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
BURTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3865101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha de Pago	Fecha de Pago	ICG	Fecha de Pago	Fecha de Pago	LMA	Fecha LMA	VAC	Fecha VAC	VAC Fin	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT	VCT Fin	Fecha VCT Fin	Fecha RCT	Fecha RCT Fin	

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria	Total	Fondo de Solidaridad de	Valor no retenido
30	1.423.500	0,16000000	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G	Valor	Valor
30	1.423.500	0,12500000	\$ 178.000	\$ 0	Número Autorización	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.423.500	0,02430000	\$ 34.700	9802

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	ICBF	ESAP	MIN DE EDUCACIÓN
0	0	0,00000000	\$ 0	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria
0	0	0,00000000	\$ 0	0,00000000	\$ 0	0,00000000

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 440.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1121823830
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-08-25
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1121823830
NOMBRE EMPLEADO	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA
EPS	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	SH OCF
ARL	AVIL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8637554796
REFERENCIA PAGO(PIN)	8699146076
TIPO PLANILLA	1
PERÍODO PENSIÓN	2025-08
PERÍODO SALUD	2025-08
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	SH Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3889101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha Ing	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha de Incap	Fecha de Incap	ISE	Fecha de Incap	LMA	Fecha de Incap	VAC	Fecha de Incap	VAC	Fecha de Incap	AVP	VCT	Fecha VCT	Fecha VCT	Fecha de Incap	Fecha de Incap

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria	Total	Fondo de Solidaridad de	Valor no retenido
30	1.423.500	0,10000000	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	UFC adicional	Incapacidades E.G	Valor	Valor
30	1.423.500	0,12500000	\$ 178.000	\$ 0	0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de control de trabajo
30	1.423.500	0,02436000	\$ 34.700	9802

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	IBC Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	ESAP	MIN DE EDUCACIÓN
0	0	0,00000000	\$ 0	0,00000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 440.500

Señor(a) : YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA 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 9/27/2025 6:15:29 PM. 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	Razon Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud		
C	8637938582	ASOPAGOS	2025-09-11	2025-09-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8637554706	ASOPAGOS	2025-08-25	2025-08-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8637535565	ASOPAGOS	2025-08-15	2025-07-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8636151388	ASOPAGOS	2025-07-01	2025-06-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8635721017	ASOPAGOS	2025-05-12	2025-05-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8635356971	ASOPAGOS	2025-04-09	2025-04-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8635327189	ASOPAGOS	2025-03-14	2025-03-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	0	0	30	
C	8634885042	ASOPAGOS	2025-02-12	2025-02-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	28500	28500	30	
C	8634232046	ASOPAGOS	2025-01-21	2025-01-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	178000	227800	34700	28500	28500	30	
C	8633728733	ASOPAGOS	2024-12-04	2024-12-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	162500	208000	31700	26000	26000	30	
C	8633691900	ASOPAGOS	2024-12-03	2024-11-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	162500	208000	31700	26000	26000	30	
C	8633250885	ASOPAGOS	2024-11-05	2024-10-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	162500	208000	31700	26000	26000	30	
C	8633020350	ASOPAGOS	2024-10-17	2024-09-01	CC 1121823830	YENSY NATHALY SANCHEZ QUINTANA	162500	208000	31700	26000	26000	30	



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

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
NIT 892.000.458-6

En su condición de supervisor del contrato de prestación de servicios asistenciales
número 046 fechado el día 01 del mes de enero del 2025

CERTIFICA

Que YENSI NATHALI SANCHEZ QUINTANA mayor de edad identificado con C.C
1121823830 expedida en la ciudad de Villavicencio meta ejecutó las actividades y
obligaciones estipuladas en el presente contrato en un tiempo de 222 horas durante
los días del 01 al 30 de septiembre del 2025.

Dado en San Martín de los Llanos a los 29 días del mes de septiembre del año 2025


YOTJANA REY LONDOÑO
52988517 bogota
Subgerente

Hospital Local San Martín


Dr. Jose I. Arteaga L.
Especialista Auditoria En Servicios de Salud
R.M.E. 79.814.163
Coordinador Médico
ESE Hospital Local San Martín


Dr. JOSE IGNACIO ARTEAGA
CC 79.814.163
Coordinador médico asistencial

 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 **046** con fecha de acta inicio el día primero (01) de enero de dos mil veinticinco (2025).

CERTIFICA

Que **SANCHEZ QUINTANA YENSY NATHALIA**, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 1.121.823.830 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 septiembre de dos mil veinticinco (2025).


YOTJANA REY LONDOÑO
Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digito: 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