

**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	
114		IVAN MAURICIO REY GARCIA		86,078,627	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
1		28/02/2025		6,930,000	
PERIODO					
11 AL 28 DE FEBRERO DE 2025					

**CONCEPTO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA, PARA LA REALIZACION DE VALORACIONES CLINICAS PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 EN EL MARCO DEL CONTRATO SSM - CD -2718-2024 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

**CUENTA BANCARIA PARA ABONO:**

BANCO DE BOGOTA    X    AH    556267557

**CDP NUMERO**

N.º 000449

**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	\$7,000,000	
+ ADICIONES	\$0	
= VALORES TOTALES	\$7,000,000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$0	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$6,930,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$6,930,000	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$6,930,000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	\$70,000	

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:**

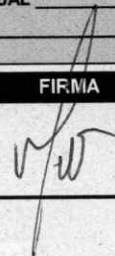
- 1) SOY DECLARANTE DE RENTA: SI  NO  ; SOY DECLARANTE DE IVA: SI  NO   
 2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 114, FECHA 11 de FEBRERO DEL 2025


CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 114 DE 2025 POR VALOR DE SIETE MILLONES DE PESOS (\$7.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: un (1) pago por valor SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREITA MIL PESOS (\$6.930.000) 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 FEBREO DE 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 DE 2018) ASI:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
FAMISANAR	84400490	\$346,500
PROTECCION		\$443,600
ARL POSITIVA		\$67,600

- 4) CONTRATOS CON OTRAS ENTIDADES:  NO  SI    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 <b>22/07/2020</b>	Revisado por Calidad	<b>Aprobado por Gerencia</b>
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				


<b>FECHA DE SUPERVISION</b>	28 DE FEBRERO DE 2025
<b>NUMERO CONTRATO</b>	114 DE 2025
<b>CONTRATANTE: NIT</b>	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> NIT. 892.000.458-6
<b>CONTRATISTA C.C.:</b>	<b>IVAN MAURICIO REY GARCIA</b> 86.078.627 de Villavicencio
<b>OBJETO:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA, PARA LA REALIZACION DE VALORACIONES CLINICAS PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 EN EL MARCO DEL CONTRATO SSM – CD -2718-2024 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>	SIETE MILLONES DE PESOS(\$7.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE
<b>PLAZO:</b>	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2025.
<b>PERIODO A COBRAR:</b>	DEL 11 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2025
<b>VALOR DEL PERIODO A COBRAR:</b>	SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS (\$6.930.000) 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>	
1. Realizar la Calificación, Certificación y Registro de Localización y caracterización de la Discapacidad a doscientos (200) usuarios del Municipio de San Martín de los Llanos y Puerto Concordia, de acuerdo al lineamiento de la Resolución 1197 de julio de 2024.	X		
2. Realizar 200 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 198 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 <b>22/07/2020</b>	Revisado por Calidad	<b>Aprobado por Gerencia</b>
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

3. Realizar las valoraciones por la junta interdisciplinaria de forma institucional en la ESE Hospital Local de San Martín de los Llanos y en el Hospital de Puerto Concordia según la necesidad.	X		
4. Entregar copia de los certificados de discapacidad emitidos, así como matriz en Excel donde reposen los datos básicos	X		Se entregaron a los usuarios 198 certificados impresos
5. Realizar los desplazamientos a cuenta y riesgo en el Municipio de San Martín de los Llanos y Puerto Concordia de acuerdo a las necesidades poblacionales a intervenir del Municipio.	X		
6. Analizar los expedientes y documentos que la Secretaria de Salud Municipal le entregue para la sustentación de las calificaciones	X		
7. Contar con la disponibilidad acordada con el supervisor para llevar a cabo las valoraciones y certificaciones.	X		
8. Emplear una comunicación asertiva con las personas a certificar.	X		
9. Disponer de los elementos (computador, internet, formatos, esferos) necesarias antes del proceso de valoración.	X		
10. Registrar la información en el aplicativo del Ministerio de Salud, denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).	X		
11. 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 Secretaria de Salud del Meta.	X		
12. Entregar el certificado de discapacidad una vez finalizada la valoración de la persona a intervenida.	X		
13. 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 base gravable podrá ser menor al salario mínimo mensual legal vigente.	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 <b>22/07/2020</b>	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				


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>	
<b>ITEM</b>	<b>BALANCE</b>
Valor inicial del contrato	\$7.000.000 \$0
Valor adicionado	\$0
Valor pagado al contratista	\$0
Valor a pagar con esta cuenta	\$6.930.000
Saldo a favor del hospital	\$70.000
<b>TOTAL DE SUMAS IGUALES</b>	<b>\$7.000.000 \$7.000.000</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>	<b>Fecha Actualización 22/07/2020</b>	<b>Revisado por Calidad</b>	<b>Aprobado por Gerencia</b>
				<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>

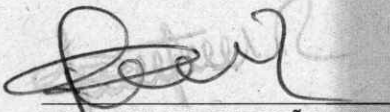
**REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO**

<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 PARCIALMENTE 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	

  
**YOTJANA REY LONDOÑO,**  
 VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO





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

Fecha Generación de Reporte: 2/26/2025 8:46:58 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 2/26/2025 8:46:59 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	Prestación	Filigranas L.	Cajas CF	Salud	Salud
C	84400480	MIPLANILLA	2025-02-24	2025-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	346500	443600	67600	0	30	30
C	83616992	MIPLANILLA	2025-02-11	2025-01-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	30
C	82689172	MIPLANILLA	2025-01-21	2024-12-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	30
C	81996095	MIPLANILLA	2024-12-18	2024-11-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	30
C	81796567	MIPLANILLA	2024-11-15	2024-10-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	30
C	80966401	MIPLANILLA	2024-10-11	2024-09-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	200000	256000	39000	0	30	30
C	9473214579	APORTES EN LINEA	2024-09-16	2024-09-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	19600	78200	11900	28500	5	5
C	79929859	MIPLANILLA	2024-09-10	2024-08-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	103000	131800	20100	0	19	19
C	9471321075	APORTES EN LINEA	2024-08-14	2024-08-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	117200	468800	71400	117200	30	30
C	9469918389	APORTES EN LINEA	2024-07-15	2024-07-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	78200	312600	47600	78200	20	20
C	78453417	MIPLANILLA	2024-07-04	2024-06-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	110900	141900	21600	0	19	19
C	77578043	MIPLANILLA	2024-06-04	2024-05-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	175000	224000	34200	0	30	30
C	77576037	MIPLANILLA	2024-06-04	2024-04-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	175000	224000	34200	0	30	30
C	75724190	MIPLANILLA	2024-04-10	2024-03-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	162500	208000	31700	0	30	30
C	74972941	MIPLANILLA	2024-03-05	2024-02-01	CC 86078627	IVAN MAURICIO REY GARCIA	162500	208000	31700	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 diríjase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.

 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
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**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 **114** con fecha de acta de inicio el día once (11) de febrero 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 veintiocho (28) de febrero de dos mil veinticinco (2025).


---

**YOTJANA REY LONDOÑO**  
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digió: 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](mailto:administracion@hospital-sanmartinmeta.gov.co)