NILO - TOLEMAIDA, 20/05/2026

Cuenta de cobro No. 4

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

DEBE A:

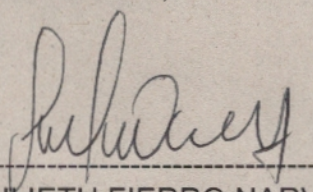
JULIETH FIERRO NARVAEZ
C.C.1.003.863.554
CEL. 3187304811

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 **Mayo 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 Mayo 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 $ 541.800 soportados en el pago de aportes obligatorios al sistema general de la **SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES,** corresponden al mes de Abril 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.___4_____

TOLEMAIDA (CUNDINAMARCA),20 de Mayo 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 Entidad que expide la póliza SEGUROS DEL ESTADO S.A Fecha de inicio de la póliza: 09/02/2026 No. De la Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional 25-03-101013310 Entidad que expide la póliza SEGUROS DEL ESTADO Fecha de inicio de la póliza: 10/02/2026 Aprobado por MY. WILMER MANUEL RICO
4. CDP	No. CRP 17426 No CDP 18426 Fecha expedición:11/02/2026 Unidas/Sub-unidad ejecutora: DMTOL Dependencia: DMTOL Posición catálogo de gasto: 02 02-02-009-003SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES Fuente: NACIÓN Recurso:16 Valor inicial del contrato: $ 24.024.000 pesos Valor total del contrato: $ 24.024.000 pesos
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	15/02/2026
6. CONTRATISTA	Nombre completo: Julieth Fierro Narvaez Identificación C.C. 1.003.863.554 Nacionalidad Colombiana Dirección – ciudad de residencia Calle 14a # 12A – 32 Barrio Villa Sofia - Melgar Teléfono de contacto 3187304811-3187304879 E-mail de contacto yuleith_14@hotmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: SMSM. MONICA ELIANA LOZANO AMAYA Cargo: COORDINADORA LABORATORIO CLINICO DMTOL **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. 2. Recibir y tomar las muestras que se van a realizar de acuerdo con los exámenes solicitados. 3. Preparar el material necesario para la realización de los procedimientos del laboratorio. 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 5. Velar por el cuidado y limpieza de los equipos, elementos y máquinas del laboratorio.

7. Velar por el cuidado, limpieza y mantenimiento preventivo de los elementos y equipos del laboratorio.
8. Entregar los resultados de los análisis requeridos
9. Revisar el material y los reactivos para los análisis solicitando a quien corresponda el suministro de los mismos.
10. Tener curso aprobado de toma de muestra vigente no menor a dos años
11. Organizar el archivo documental del laboratorio de acuerdo a las TRD.
12. Entregar resultados en cada uno los servicios de prioritaria y hospitalización, de manera ágil y oportuna
13. Realizar clasificación y embalaje de muestras remitidas a la red externa
14. Verificar periódicamente los insumos de laboratorio, con el fin de realizar pedido a la coordinación del laboratorio.
15. Realizar el lavado de material pertinente de acuerdo a la necesidad.
16. Debe llevar a cabo el correcto manejo del kardex de insumos con el fin de proyectar las necesidades reales,
17. Ingresar al kardex los insumo y reactivos que ingresen al laboratorio de acuerdo a solicitud de pedios al almacén del DMTOL
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.
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.
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.
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.
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. 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. 24. Conocer todos los procesos y mantener permanente comunicación con el equipo interdisciplinario para brindar atención integral al paciente. 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. 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. 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. 28. Cargar los resultados los exámenes y los consentimientos informados a la plataforma de SALUD. SIS 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. 2. COPIA DE LAS POLIZAS 3. COPIA DE LA APROBACIÓN DE LAS POLIZAS 4. COPIA DE LA AFILICIÓN ARL. 5. COPIA DE LA CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE. 6. CUENTA DE COBRO N°: 04 7. CERTIFICACION DE APORTES SALUD, PENSION Y ARL. 8. INFORME DE SUPERVISION N°: 04 9. INFORME DE GESTIÓN N°: 04 10. PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL. 11. COPIA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL 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. 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 Mayo 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:	2026-05-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-14
FECHA DE PAGO:	2026-05-08
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	37061360
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37061360
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	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
1423	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/06/2026

A atecliente@asopagos.... 7 may
Para Tú

Estimado Cliente:

La transacci[?]n que realizo en la fecha 2026-05-07 19:05:47 fue APROBADA

DETALLES DEL PAGO
Tipo De Documento: CC
N[?]mero De Documento: 1003863554
IP: 10.10.11.80
Valor: $541,800
Banco: NEQUI
N[?]mero de CUS: 290656140
N[?]mero de Planilla: 37061360.