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

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO	BENEFICIARIO		NIT O CEDULA
256	CARMENZA REY OLAYA		40.219.460
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
1	31 JULIO 2026	2.430.000	JULIO DE 2026

CONCEPTO:

PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR AREA DE LA SALUD – AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZACIONES (PAI) Y VACUNACION COVID 19 EN EL AREA EXTRAMURAL URBANA Y AREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS.

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

	X	AH	556121291	BANCO DE BOGOTA

CDP NUMERO

0584

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	$13.608.000	
+ ADICIONES	$0	
= VALORES TOTALES	$13.608.000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$0	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$2.430.000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$2.430.000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$2.430.000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	$11.178.000	

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 Juridica

(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 EJECUCIÒN DEL CONTRATO NUMERO 256 DEL 1 DE JULIO DE 2026.

CONTRATO NUMERO 256 DE 1 DE JULIO DE 2026 PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR AREA DE LA SALUD – AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZACIONES (PAI) Y VACUNACION COVID 19 EN EL AREA EXTRAMURAL URBANA Y AREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS. POR VALOR DE TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL PESOS ($ 13.608.000) MONEDA LEGAL VIGENTE Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: 5 PAGOS IGUALES POR EL VALOR DE DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL PESOS ($ 2.430.000) Y UN ULTIMO PAGO POR EL VALOR DE UN MILLON CUATROCIENTOS CICUENTA Y OCHO MIL PESOS ($ 1.458.000) Y LOS CUALES NO SUPERAN MENUSALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011).

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A PENSION, SALUD Y ARL DEL MES DE JULIO 2026.

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
E.P.S. SALUD TOTAL	9507019548	$218.900,00
COLPENSIONES		$280.200,00
ARL POSITIVA		$42.700,00

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
CARMENZA REY OLAYA	CARMENZA REY
CC 40219460	40219460

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

FECHA DE SUPERVISION	31 JULIO 2026
NUMERO CONTRATO	256
CONTRATANTE: **NIT**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	CARMENZA REY OLAYA 40.219.460 de Villavicencio
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR AREA DE LA SALUD – AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZACIONES (PAI) Y VACUNACION COVID 19 EN EL AREA EXTRAMURAL URBANA Y AREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL PESOS. ($ 13.608.000) MONEDA LEGAL VIGENTE.
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL (18) DE DICIEMBRE DE 2026.
PERIODO A COBRAR:	JULIO DE 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL PESOS ($ 2.430.000) M.L.V.

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES		
PRORROGAS		
ADICIONES		

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	**CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
Desarrollar actividades de promoción y prevención a través del manejo del programa de vacunación a la población en general.	X		Realice vacunación y búsqueda activa según la población objeto. Con un cumplimiento de Las actividades programadas 100%. Aplicación en dosis menores de un año 80% Aplicación en dosis de un año 100% Aplicación en dosis de 5 años 80% Cumplimiento en la calidad de las actividades ejecutadas

			100%.
Participar en jornadas de vacunación que se adelanten a nivel local, departamental o nacional.	X		Participe activamente en la jornada de vacunación programada para este mes.
Diligenciar los registros y documentos necesarios para llevar el control de la población objeto de las actividades que se desarrollan (registro diario digital, carné de vacunas, ordenes de servicio, verificación de derechos del usuario, llenar formatos de encuesta de fiebre amarilla)	X		Diligencie los registros correspondientes para el desarrollo de cada actividad.
Cumplir con el procedimiento documentado por la empresa propio para el servicio de vacunación.	X		Diligencie todos los formatos y documentos para el desarrollo de mi actividad en vacunación.
Mantener actualizada la información de conformidad a lo establecido en el software PAIWEB, ingresando a diario la información de la población vacunada.	X		Realice verificación y búsqueda de datos y esquema para los menores.
Realizar seguimiento a las cohortes del recién nacido del año 2019 al 2025	X		realice seguimiento a la cohorte asignada 2019
Apoyar el lavado y mantenimiento de la red de frío mensual.	X		Realice lavado y mantenimiento de la red de frio.
Apoyar con los informes que requieran las EPS y demás instituciones.	X		Apoye en los soportes requeridos.
Realizar material necesario para el servicio de vacunación (torundas).	X		realice material según la necesidad del programa
Apoyar el registro de temperatura durante los fines de semana.		x	Para este mes no se programó esta actividad.
Velar por el buen funcionamiento de los equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado y un uso racional de los materiales.	X		si cumplí
Cumplir con las normas de bioseguridad definidas por la institución utilizando los elementos de protección personal.	X		si cumplí
Promover en los servicios o área de trabajo, la doctrina de la calidad, la pertenencia en la atención, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios queden satisfechos por la atención recibida.	X		Brinde la atención y servicios necesarios para la satisfacción de los usuarios.
Ejercer el autocontrol de las actividades inherentes a su cargo.	X		si cumplí.
Ejercer las demás actividades de acuerdo con la naturaleza del cargo.	X		Participe activamente en todas las actividades programadas por la secretaria municipal y hospital para las jornadas de fiebre amarilla. En área urbana y rural col los grupos de APS.
Desplazamiento mensual a la secretearía departamental de Villavicencio para suministro de biológicos mensuales para la institución.		X	Para este mes no se me asigno esta actividad.

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	BALANCE	
Valor inicial del contrato	$ 13.608.000	
Valor adicionado		
Valor ejecutado por el contratista		$ 0
Valor a pagar con esta cuenta		$ 2.430.000
Saldo a favor del hospital		$ 11.178.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	$ 13.608.000	$ 13.608.000

ANEXOS:

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

CARMENZA REY OLAYA

CARMENZA REY OLAYA
40.219.460 de Villavicencio

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

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

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

San Martin de los Llanos,31 Julio de 2026

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
Subgerente
Hospital Local de San Martin de los llanos

ASUNTO:APOYO A LA SUPERVISION DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATO 256 MES DE JULIO.

Cordial Saludo.

El presente con el fin dar fe en el cumplimiento de los siguientes parámetros de la ejecución de las actividades del contrato por prestación de servicios N.**256** asignado a **CARMENZA REY OLAYA** CC **40.219.460** para el periodo de referencia en el asunto:

1. Cumplimiento general de las actividades programadas: 100%
2. Cumplimiento en aplicación de dosis menores de 1 año: 80%
3. Cumplimiento en aplicación de dosis de 1 año: 100%
4. Cumplimiento en aplicación de dosis de 5 años: 80%
5. Cumplimiento en la calidad de las actividades ejecutadas:100%
6. Aptitudes profesionales para la ejecución del contrato (oportunidad,responsabilidad,cumplimiento envio de la información requerida,participación,trabajo en equipo):**Bueno.**

Agradezco su atención y quedo atento a sus comentarios.

Cordialmente,

IVAN MAURICIO REY GARCIA
ENFERMERO JEFE
C.C. 86.0[illegible]

IVAN MAURICIO REY GARCIA
Enfermero
Hospital Local San Martín de los Llanos

REGISTRO FOTOGRAFICO DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL CONTRATO NUMERO 256 DE 2026 MES DE JULIO 2026



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40219460		REY OLAYA CARMENZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 8 casa 21 Brr pedro daza	SAN MARTIN-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-07	2026-07	9507019548	9507019548	I	2026/08/18	2026/07/29	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: SAN MARTIN Depto: META (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**
1	CC 40219460	REY CARMENZA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40219460		REY OLAYA CARMENZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 8 casa 21 Brr pedro daza	SAN MARTIN-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	9507019548	9507019548	I	2026/08/18	2026/07/29	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200.	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 7/31/2026 8:02:20 AM

Señor(a) : CARMENZA REY OLAYA 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 7/31/2026 8:02:20 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
C	9507019548	APORTES EN LINEA	2026-07-29	2026-07-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9506257448	APORTES EN LINEA	2026-06-25	2026-06-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9503813883	APORTES EN LINEA	2026-05-28	2026-05-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9502196784	APORTES EN LINEA	2026-04-13	2026-04-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9500452722	APORTES EN LINEA	2026-03-12	2026-03-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9498678829	APORTES EN LINEA	2026-02-09	2026-02-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9497815689	APORTES EN LINEA	2026-01-13	2026-01-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	218900	280200	42700	0	30
C	9495391168	APORTES EN LINEA	2025-12-11	2025-12-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	178000	227800	34700	0	30
C	9493870283	APORTES EN LINEA	2025-11-14	2025-11-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	178000	227800	34700	0	30
C	9492421991	APORTES EN LINEA	2025-10-07	2025-10-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	178000	227800	34700	0	30
C	9490982269	APORTES EN LINEA	2025-09-11	2025-09-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	178000	227800	34700	0	30
C	9489554190	APORTES EN LINEA	2025-08-13	2025-08-01	CC 40219460	REY OLAYA CARMENZA	178000	227800	34700	0	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.

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 del Contrato de prestación de servicios Número **256** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que **CARMENZA REY OLAYA,** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía Número 40.219.460 expedida en la ciudad de Villavicencio - Meta

Conforme 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 Martin de los Llanos, el día treinta y uno (31) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
Subgerente

Proyecto: Dr. Crisrian Felipe Suarez Aguilar - Subgerente	*Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente*	*Digito: Ledis Bibiana Ortiz Cubillos. – Apoyo Administrativo*

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001405 COMPROMISO: 000733

FECHA DE EXPEDICION :31 de Julio de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
24502090010201	Servicios tecnico asistenciales	
BPIN		2,430,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP)	RECURSOS PROPIOS	PROD: 0
CCPET:		

VALOR : 2,430,000.00

BENEFICIARIO: 40,219,460 REY OLAYA CARMENZA

O B J E T O : PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ELPROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) Y VACUNCION COVID 19 EN LA AREA EXTRAMURAL URBANA Y AREARURAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	2,430,000.00
Descuentos:	17,010.00
Neto a pagar:	2,412,990.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011509

			DEBITOS	CREDITOS
51118000001	Servicios	81011509001	2,430,000.00	
24362700017	Ica act servicios 7x1000	81011509013		17,010.00-
24905500001	Servicios	81011509016		2,412,990.00-

2026 08 13 ****2,412,990.00

REY OLAYA CARMENZA

DOS MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE***
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001327

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905500001	0000	Servicios	001405	40,219,460	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIA R ÁREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI	2,412,990.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000007	40,219,460	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIA R ÁREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI		2,412,990.00
					Total comprobante	**2,412,990.00**	**2,412,990.00**

Cheque : . Compromiso:001405
Banco : BANCO BOGOTA Agt 13 /26
Rubro 24502090010201 Servicios tecnico asistenciales
No Obligacion: 001405 Vlr Obligacion: 2,430,000.00

Elaboro:ADRI 260902 Reviso: Aprobo: Impr:260902

REY OLAYA CARMENZA
40,219,460