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
207	DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ		51.959.547
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
1	31 DE JULIO DE 2026	$ 2.371.200	01 AL 31 DE JULIO DE 2026

CONCEPTO:

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

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

BANCO DE BOGOTÁ	X	AH	NÚMERO CUENTA DE BANCO 556-222495

CDP NUMERO

000567

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	$7.113.600	
+ ADICIONES	$0	
= VALORES TOTALES	$7.113.600	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA		
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$2.371.200	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$2.371.200	
= VALOR NETO A CANCELAR	$2.371.200	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	$4.742.400	

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 207, FECHA 01 DE JULIO DE 2026

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES NUMERO 207 POR VALOR DE SIETE MILLONES CIENTO TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS ($7.113.600) M/CTE asi: El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de tres (3) pagos parciales mensuales, cada uno por un valor máximo de DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS ($2.371.200) M/CTE, teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado. PARAGRAFO PRIMERO: El valor hora, se cancelará a DIEZ MIL CUATROCIENTOS PESOS ($10.400) MONEDA LEGAL VIGENTE, teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado. , 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 PENSION, SALUD Y ARL DEL MES DE JULIO DE 2026 ASÌ :

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
NUEVA EPS	9506862698	$218.900,00
COLPENSIONES		$280.200,00
POSITIVA		$42.700,00

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ 51.959.547	

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 Gerente
				DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA DE SUPERVISION	31 DE JULIO 2026
NUMERO CONTRATO	**207**
CONTRATANTE: **NIT**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	**DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ** C.C. 51.959.547 de Bogotá
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR EN EL AREA DE LA SALUD – AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SIETE MILLONES CIENTO TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS **($7.113.600)** M/CTE
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	01 AL 31 DE JULIO 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS **($2.371.200)** M/CTE.

AJUSTES O MODIFICACIONES

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	
AREA ASISTENCIAL.			
INSTRUIR 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 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 PLANESDE MEJORAMIENTO, PLANES DE ENFERMERIA Y DAR CUMPLIMEINTO A LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LA INSTITUCION.			
INFORMAR AL PACIENTE Y FAMILIAR SOBREO 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 PEDIATRIA).			
VIGILAR, CUSTODIAR, DOSIFICAR Y SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LAS ORDENES MEDICAS RECIBIDAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y REALIZAR EL REGISTRO RESPECTIVO EN EL SISTEMA.			
ENTREGAR EN MEDIO FISICO Y MAGENTICO 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 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).	✓		
EJECUTA 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 EXISTENCIA 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.	✓		
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, APÓSITOS, 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:			
1. REALIZAR TRASLADOS EN AMBULANCIA DE PACIENTES QUE LO REQUIERAN BRINDANDO ATENCIÓN INTEGRAL ASISTENCIAL DURANTE EL TRASLADO; GARANTIZANDO SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.			
2. MANTENER LAS AMBULANCIAS DOTADAS CON MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPOS PROPIOS POR HABILITACIÓN.			
3. DEJAR LA AMBULANCIA LIMPIA Y COMPLETA DE DOTACIÓN, POSTERIOR A CADA TRASLADO REALIZADO.			
4. REALIZAR ENTREGA DE TURNO CON EL PERSONAL ASIGNADO EN CADA CAMBIO DE TURNO.			
5. GARANTIZAR EL BUEN USO DE LOS EQUIPOS DE CADA MÓVIL O AMBULANCIA. (EL DAÑO OCASIONADO POR EL MAL USO O TRATO, DE ALGÚN EQUIPO. SERA RESPONSABILIDAD DEL TURNO EN EL QUE OCURRIÓ O EN EL QUE SE DETECTÓ, SI NO HAY NOTIFICACIÓN PREVIA EN LIBRO O BITÁCORA).			
6. DILIGENCIAR DE FORMA CLARA Y CORRECTA LA BITÁCORA DE TRASLADOS DE PACIENTES			

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	**$7.113.600**	
Valor adicionado		
Valor pagado al contratista		$0
Valor a pagar con esta cuenta		$2.371.200
Saldo a favor del hospital		$4.742.400
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$7.113.600**	**$7.113.600**

ANEXOS:

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

DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ
C.C. 51.959.547 de Bogotá

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	

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

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 207 fechado el día 01 del mes de julio del 2026

CERTIFICA

Que DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ mayor de edad identificado con C.C 51959547 expedida en la ciudad de Bogotá ejecutó las actividades y obligaciones estipuladas en el presente contrato en un tiempo de 228 horas durante los días del al 01 al 31 de julio del 2026.

Dado en San Martín de los llanos a los 30 días del mes de julio del año 2026.

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
CC 1.121.858.692
Subgerente
Hospital Local San Martin

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

Dr. JOSE IGNACIO ARTEAGA
CC 79.814.163
Coordinador médico asistencial
Hospital Local San Martin

CUADRO DE TURNO JULIO 2026 AUXILIAR DE ENFERMERIA HLSM

MAYO	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
	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	M	J	V	TOTAL
LAURA MARQUEZ	X	X	X	X	X	X	X	D2	DH	DH	N1	N1	L	L	N2	N1	L	RN	N1	N2	L	N1	N1	L	L	N2	L	RN	N2	L		
								12	12	12	12	12			12	12		6	12	12		12	12			12		6	12			168
LORENA RAMOS	L	DH	DH	N2	L	D1	D2	NH	L	L	DH	D3	D1	L	D1	D2	NH	L	D3	L	D3	L	L	D1	L	RN	L	DH	N1	N1	RN	
		12	12	12		12	12	12			12	12	12		12	12	12		12		12			12		6		12	12	12	6	228
AANDREA MURCIA	L	D1	D2	RN	L	RN	D1	D3	N2	L	L	NH	L	D3	L	D3	D1	NH	L	RN	DH	L	NH	RN	L	D1	N2	L	L	D1	D3	
		12	12	6		6	12	12	12			12		12		12	12	12		6	12		12	6		12	12			12	12	216
ELIANA HINOJOSA	RN	N2	N1	L	D1	D2	RN	L	RN	D2	D1	L	N1	N2	L	L	RN	D2	NH	L	D1	L	D1	N1	L	N1	L	D1	D1	L	D2	
	6	12	12		12	12	6		6	12	12		12	12			6	12	12		12		12	12		12		12	12		12	228
DANIELA VALERO	D1	D2	D3	L	L	DH	N1	N2	L	D3	L	D2	NH	L	L	D1	N2	N1	L	L	D2	D3	N2	L	D1	D3	D3	L	L	D3	L	
	12	12	12			12	12	12		12		12	12			12	12	12			12	12	12		12	12	12			12		228
ANDRES	L	RN	L	NH	NH	L	L	DH	NH	L	D3	DH	DH	L	NH	N2	L	D3	DH	N1	L	DH	DH	L	RN	L	DH	N1	NH	NH	L	
		6		12	12			12	12		12	12	12		12	12		12	12	12		12	12		6		12	12	12	12		228
CARLOS BECERRA	DH	D3	L	DH	DH	N1	L	L	N1	N1	RN	L	L	D1	D3	DH	L	TRI	D2	D3	L	D2	L	L	DH	DH	RN	L	D2	DH		
	12	12		12	12	12			12	12	6			12	12	12		12	12	12		12			12	12	6		12	12		228
DAIRA FORERO	N1	NH	RN	L	D2	D3	D3	L	L	RN	NH	RN	L	L	DH	NH	N1	L	L	D2	N2	N2	L	L	D2	D2	NH	L	L	D2	D1	
	12	12	6		12	12	12			12	12	6			12	12	12			12	12	12			12	12	12			12	12	228
DEISY	N2	L	L	D1	D3	N2	NH	L	D3	N2	L	D1	D3	D2	L	L	D2	N2	N2	L	L	D1	D2	D3	N1	L	L	D2	DH	L	L	
	12			12	12	12	12		12	12		12	12	12			12	12	12			12	12	12	12			12	12			228
STELLA MENDOZA	L	L	N2	N1	N1	L	L	D1	D2	NH	L	N2	N2	N1	L	RN	DH	L	L	DH	RN	L	TRI	N2	N2	L	D2	D3	TRI	L	NH	
			12	12	12			12	12	12		12	12	12		6	12			12	6		12	12	12		12	12	12		12	228
LEIDY TRUJILLO	D2	L	D1	D2	RN	L	N2	N1	L	L	D2	L	L	RN	D2	L	L	DH	D1	N2	N1	L	D3	D2	D3	L	N1	NH	L	N1	N2	
	12		12	12	6		12	12			12			6	12			12	12	12	12		12	12	12		12	12		12	12	228
LIZZETE CAMACHO	D3	L	L	D3	N2	L	DH	L	L	D1	N2	L	D2	DH	N1	L	D3	D1	L	D1	NH	RN	L	NH	NH	NH	L	L	D3	RN	N1	
	12			12	12		12			12	12		12	12	12		12	12		12	12	6		12	12	12			12	6	12	228
NICOLAS VARGAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NH	RN	DH	DH	L	D1	N2	RN	L	DH	
																						12	6	12	12		12	12	6		12	84
DORA GARAVITO	TRI	TRI	TRI	TRI	L	TRI	TRI	TRI	TRI	TRI	TRI	L	TRI	TRI	TRI	TRI	TRI	L	TRI	TRI	TRI	TRI	L	TRI	TRI	L	TRI	TRI	L	TRI	TRI	
	9	9	9	9		12	9	9	9	9	6		12	9	9	9	9		6	9	12	9		9	5		12	9		9	9	228

n línea

Resumen General de Pago

ALES DEL APORTANTE

n	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 2 CASA 31	SAN MARTIN-META	5555555	No

ALES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
6-07	9506862698	9506862698	I	2026/08/13	2026/07/24	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

N DETALLADA DE APORTES

APLEADO				PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
cación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
CIPAL (1 Afiliados)				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
ipo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
TIN Depto: META (1 Afiliados)				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
9547	GARAVITO DORA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EP8037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Afiliados(1)				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

n línea

Resumen General de Pago

ALES DEL APORTANTE

n	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 2 CASA 31	SAN MARTIN-META	5555555	No

ALES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
6-07	9506862698	9506862698	I	2026/08/13	2026/07/24	BANCO DE BOGOTA	0	$541.800

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
RADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
NES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
RADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
OMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
RADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
				1	$541,800	$0	$0	$541,800

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 7/31/2026 4:56:02 PM

Señor(a) : DORA ALBENIZ GARAVITO MARTINEZ 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 4:56:02 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	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud
C	9506862698	APORTES EN LINEA	2026-07-24	2026-07-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9505266225	APORTES EN LINEA	2026-06-22	2026-06-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9503662966	APORTES EN LINEA	2026-05-21	2026-05-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9503332610	APORTES EN LINEA	2026-04-20	2026-04-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9500311442	APORTES EN LINEA	2026-03-24	2026-03-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9498518570	APORTES EN LINEA	2026-02-20	2026-02-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9497697737	APORTES EN LINEA	2026-01-09	2026-01-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	218900	280200	42700	0	30
C	9495229641	APORTES EN LINEA	2025-12-11	2025-12-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	178000	227800	34700	0	30
C	9495208191	APORTES EN LINEA	2025-11-24	2025-11-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	178000	227800	34700	0	30
C	9492271280	APORTES EN LINEA	2025-10-27	2025-10-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	178000	227800	34700	0	30
C	9492176827	APORTES EN LINEA	2025-09-22	2025-09-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	178000	227800	34700	0	30
C	9490834098	APORTES EN LINEA	2025-09-10	2025-08-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	178000	227800	34700	0	30
C	9488252846	APORTES EN LINEA	2025-08-13	2025-07-01	CC 51959547	GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ	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 **207** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de julio de dos mil veintiseis (2026).

CERTIFICA

Que **GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ,** mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 51.959.547 expedida en la ciudad de Bogotá D.C

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 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: 001360 COMPROMISO: 000690

FECHA DE EXPEDICION :31 de Julio de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
24502090010201	Servicios tecnico asistenciales	
BPIN		2,371,200.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP)	RECURSOS PROPIOS PROD: 0	
CCPET:		

VALOR : 2,371,200.00

BENEFICIARIO: 51,959,547 GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ

O B J E T O : PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR EN EL AREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍAEN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DESAN MARTÍN DE LOS LLANOS

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	2,371,200.00
Descuentos:	16,598.00
Neto a pagar:	2,354,602.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011465			**DEBITOS**	**CREDITOS**
51118000001	Servicios	81011465001	2,371,200.00	
24362700017	Ica act servicios 7x1000	81011465013		16,598.00-
24905500001	Servicios	81011465016		2,354,602.00-

2026 08 13 ****2,354,602.00

GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ

DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DOS PESOS M/CTE**********

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN **NIT 892,000,458**

COMPROB. DE EGRESO No 001285

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905500001	0000	Servicios	001360	51,959,547	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIA R EN EL AREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL	2,354,602.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000007	51,959,547	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIA R EN EL AREA DE LA SALUD AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL		2,354,602.00
					Total comprobante	**2,354,602.00**	**2,354,602.00**

Cheque : . Compromiso:001360
Banco : BANCO BOGOTA Agt 13 /26
Rubro 24502090010201 Servicios tecnico asistenciales
No Obligacion: 001360 Vlr Obligacion: 2,371,200.00

Elaboro:ADRI 260901 Reviso: Aprobo: Impr:260901

GARAVITO MARTINEZ DORA ALBENIZ
51,959,547