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
257	DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ	40.330.829

PAGO O FACTURA No	FECHA DE LA FACTURA	VALOR	PERIODO
2	31 AGOSTO 2026	2.430.000	AGOSTO 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	38712840794

CDP NUMERO

0585

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	$2.430.000	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$2.430.000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$4.860.000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$2.430.000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	$8.748.000	

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 EJECUCION DEL CONTRATO 257 DEL 2026

CONTRATO NUMERO 257 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 MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011).

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

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
SALUD TOTAL	9509860338	$218.900,00
PORVENIR		$260.200,00
ARL POSITIVA		$42.700,00

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ CC 40.330.829	Lorena Jaramillo

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	31 AGOSTO DE 2026
NUMERO CONTRATO	257
CONTRATANTE: **NIT**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ CC 40330829
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR EN EL AREA DE SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (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:	AGOSTO DE 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL PESOS ($ 2.430.000) M.L.V.

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**	
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 frio 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 entregando tratamiento a pacientes de TBC
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 pagado al contratista		**$ 2.430.000**
Valor a pagar con esta cuenta		**$ 2.430.000**
Saldo a favor del hospital		**$ 8.748.000**
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

Lorena Jaramillo

DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ
CC 40.330.829 DE VCIO

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

San Martin de los Llanos,31 Agosto 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 257 MES DE AGOSTO.

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.257** asignado a **DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ** CC **40.330.829** 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,

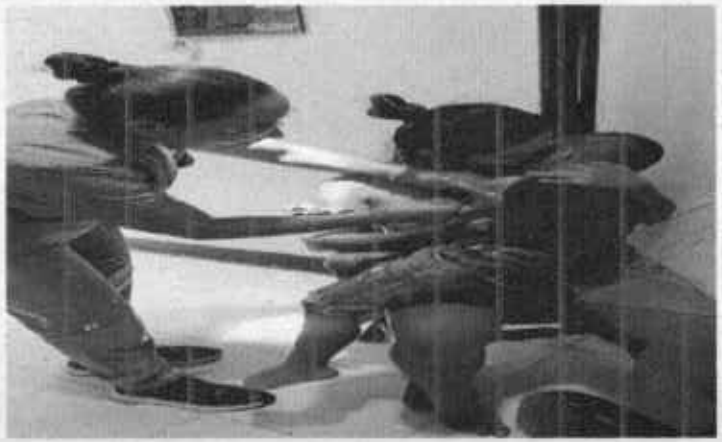
IVAN MAURICIO REY GARCIA
ENFERMERO JEFE
C.C. 1.116078.627

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

REGISTRÓ FOTOGRAFICO DE ACTIVIDADES REALIZADAS DEL CONTRATO NUMERO 257 DEL MES DE AGOSTO 2026

DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ









aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40330839		JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	M/. C CS. 7 BRR. SAN JORGE	SAN MARTIN-META	3133358678	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	950988033	950988033	I	2026/09/08	2026/08/24	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
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		$541,800
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		$541,800
1	CC 40330839	JARAMILLO DIANA		21130	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14.35	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total Afiliados(1)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

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
PORVENIR	230301	800.224.808	8	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: 8/28/2026 9:30:00 AM

Señor(a) : DIANA LORENA JARAMILLO RODRIGUEZ 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 8/28/2026 9:30:01 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	Razon Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud
C	9509880338	APORTES EN LINEA	2026-08-24	2026-08-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9508310355	APORTES EN LINEA	2026-07-30	2026-07-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9506714299	APORTES EN LINEA	2026-06-26	2026-06-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9505098891	APORTES EN LINEA	2026-06-12	2026-05-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9503537781	APORTES EN LINEA	2026-04-28	2026-04-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9500131334	APORTES EN LINEA	2026-03-24	2026-03-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9498383309	APORTES EN LINEA	2026-02-17	2026-02-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9497757265	APORTES EN LINEA	2026-01-09	2026-01-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	218900	280200	42700	0	30
C	9495138719	APORTES EN LINEA	2025-12-11	2025-11-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	178000	227800	34700	0	30
C	9496302559	APORTES EN LINEA	2025-12-11	2025-12-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	178000	227800	34700	0	30
C	9492126824	APORTES EN LINEA	2025-10-27	2025-09-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	178000	227800	34700	0	30
C	9493613271	APORTES EN LINEA	2025-10-27	2025-10-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	178000	227800	34700	0	30
C	9490735813	APORTES EN LINEA	2025-09-19	2025-08-01	CC 40330829	JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA	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.

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001623 COMPROMISO: 000734

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto 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: 40,330,829 JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORE

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	81-011590		DEBITOS	CREDITOS
51118000001	Servicios	81011590001	2,430,000.00	
24362700017	Ica act servicios 7x1000	81011590013		17,010.00-
24905500001	Servicios	81011590016		2,412,990.00-

2026 09 11 ****2,412,990.00

JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORE

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 001491

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905500001	0000	Servicios	001623	40,330,829	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	0000000	40,330,829	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:001623
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 24502090010201 Servicios tecnico asistenciales
No Obligacion: 001623 Vlr Obligacion: 2,430,000.00

Elaboro:ADRI 260925 Reviso: Aprobo: Impr:260925

JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORE
40,330,829

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 **257** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que **JARAMILLO RODRIGUEZ DIANA LORENA**, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 40.330.829 Expedida en la ciudad 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 Martin de los Llanos, el día treinta y uno (31) de agosto de dos mil veintiséis (2026).

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
Subgerente

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