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

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO	BENEFICIARIO	NIT O CEDULA
226	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	1,013,603,102

PAGO O FACTURA No	FECHA DE LA FACTURA	VALOR	PERIODO
2	31 DE AGOSTO DE 2026	4.120.000	AGOSTO 2026

CONCEPTO:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

CUENTA BANCARIA PARA ABONO			
Banco Bogotá		AH	N° 556188209

COP NUMERO

545

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	$25,152,000	
+ ADICIONES		
+ ADICIONES		
= VALORES TOTALES	$25,152,000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$4,192,000	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$4,120,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$8,312,000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$4,120,000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	$16,840,000	

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 __X__ ; SOY DECLARANTE DE IVA : SI ____ NO __X____

2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 226 FECHA 01 DE JULIO DE 2026

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA Y LIDER DE LABORATORIO CLINICO POR VALOR DE VEINTICINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS ($ 25.152.000) MONEDA LEGAL VIGENTE Que pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: POR MEDIO DE SEIS (06) PAGOS, CADA PAGO POR VALOR MAXIMO DE CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL PESOS ($ 4.192.000) TENIENDO EN CUENTA QUE EL PAGO SERA PROPORCIONAL AL SERVICIO PRESTADO, DE LOS CUALES CORRESPONDEN TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS ($3.348.000) A LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES, UN VALOR DE DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($250.000) CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES DE LIDERAZGO DEL AREA,TENIENDO EN CUENTA LA NECESIDAD DE LA INSTITUCION, ASI COMO EL RESTANTE SERA CONFORME AL NUMERO MAXIMO DE HORAS REQUERIDAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO POR EL VALOR HORA CORRESPONDIENTE A DIECIOCHO MIL PESOS ($18.000) 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 PENSION, SALUD Y ARL POR EL PERIODO DE JULIO DE 2026 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018)

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
NUEVA EPS	839326130	$220,400.00
PORVENIR		$282,200.00
POSITIVA		$43,000.00

31600

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	
C.C 1013603102	

FECHA DE SUPERVISION	31 DE AGOSTO DE 2026
NUMERO CONTRATO	226
CONTRATANTE: **NIT**	HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN. 892000458
CONTRATISTA **C.C.:**	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL 1013603102
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGO (A) Y LIDER DE LABORATORIO CLINICO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	VEINTICINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS ($25.152.000) MONEDA LEGAL VIGENTE
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INCIO HASTA EL TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	AGOSTO DE 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	$ 4.120.000 CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS	NA	NA
ADICIONES	NA	NA
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS N° 1	NA	NA
ADICIONES N° 2	NA	NA

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	**CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
Planear, programar y dirigir la ejecución de labores de análisis de laboratorio que apoyen el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de los usuarios	✓		
Practicar análisis de laboratorio clínico, preparar reactivos y soluciones de trabajo que sean necesarias para una buena atención al usuario.	✓		
Supervisar los procedimientos de la toma de muestras de rutina, coloración de láminas, montajes necesarios, preparación de medios de cultivo, preparación de soluciones, lavado, preparación, esterilización y distribución del material.	✓		
Informar oportunamente las novedades propias del personal siguiendo el conducto regular.	✓		
Participar en la elaboración, actualización y difusión de los	✓		

manuales de funciones, normas y procedimientos del área			
Suministrar oportunamente los informes requeridos por la gerencia, dependencias, funcionarios y/o entidades solicitantes.	✓		
Guardar la debida reserva y discreción de toda información que por el desarrollo de su trabajo llegare a conocer acerca de la empresa, usuarios o compañeros.	✓		
Conocer, cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad en todas las áreas de la empresa	✓		
Responder por la conservación y mantenimiento de los elementos y bienes confiados a su uso y rendir oportuna y adecuadamente los informes solicitados acerca de los mismos	✓		
Solicitar oportunamente los elementos, materiales, papelería, equipos y en general todo lo necesario para un excelente funcionamiento de su área	✓		
Participar en la elaboración del diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del municipio	✓		
Prestar servicio de laboratorio clínico a toda la población que así lo demande.	✓		
Coordinar la orientación, programación, ejecución y evaluación de las actividades del Laboratorio clínico.	✓		
Participar en actividades de coordinación en el área del laboratorio	✓		
Supervisar la remisión de muestras a los laboratorios de referencia.	✓		
Realizar y responder por el control de calidad de las pruebas analizadas y con el fin de garantizar la veracidad de los resultados y elaborar gráficas mensuales de información estadística	✓		
Velar por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y porque ésta cumpla con sus propósitos	✓		
Realizar los análisis en las diferentes áreas que integran el laboratorio clínico e informar los resultados.	✓		
Cumplir cabalmente con los reglamentos y normas de bioseguridad, medicina, higiene y salud ocupacional establecidas	✓		
Realizar análisis e informes estadísticos correspondientes a las actividades realizadas en el área de laboratorio	✓		
Participar en los programas de promoción, educación y prevención que se realicen con la comunidad	✓		
Realizar los exámenes en forma oportuna y confiable con ética	✓		

y responsabilidad para emitir los resultados requeridos por los usuarios.	✓		
Realizar las demás actividades asignadas de acuerdo a la naturaleza de su cargo.	✓		

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	$25.152.000	
Valor adicionado		
Valor adición N° 2		
Valor pagado al contratista		$ 4.192.000
Valor a pagar con esta cuenta		$ 4.120.000
Saldo a favor del hospital		$ 16.840.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$25.152.000**	**$25.152.000**

ANEXOS:

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

MARIA ANDREA RUIZ ABRIL
CC. 1.013.603.102 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

ACTA N° 8

(30 DE JULIO DE 2026)

En el municipio de San Martín de los Llanos, Meta, el día 30 DE JULIO de 2026, se procede a realizar la entrega oficial e informar el cuadro de disponibilidad para prestación de servicios al grupo de bacteriólogos contratistas del Laboratorio Clínico del Hospital Local de San Martín, con el objetivo de dar a conocer la disponibilidad para prestar sus actividades durante el mes de AGOSTO de 2026.

FIRMAS:

MARGARITA OCHOA HUMANEZ
Bacterióloga
Número Telefónico

ANDREA VARGAS LADINO
Bacterióloga
Número Telefónico
3005328866

LINA MARCELA BARRETO PADILLA
Bacterióloga
Número Telefónico 314 700 06 19

MARIA ANDREA RUIZ ABRIL
Bacterióloga
Número Telefónico 311 587 82 41

CUADRO DE DISPONIBILIDAD PARA PRESTACION DE SERVICIOS DEL MES DE AGOSTO DE 2026 DEL AREA DE LABORATORIO CLINICO GRUPO DE BACTERIOLOGIA

HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

DISPONIBILIDAD DEL MES DE AGOSTO 2026 POR PARTE DE LOS CONTRATISTAS

BACTERIOLOGOS LABORATORIO

	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	S	D	L	TOTAL	h. refuerzo
ago-26	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		
ANDREA VARGAS	MTN		R	MT	N					MT	N		R	MT				N		R	MT		MTN		R	MT	N		MTN		T		
	24		7	12	12					12	12		7	12				12		7	12		24		8	12	12		24		6	215	29
MAGARITA OCHOA			MT	N		R	MT	MTN		R	MT	N		R	MTN			MT	N		R	MTN		R	MT	N		R			M		
			12	12		5	12	24		5	12	12		5	24			12	12		5	24		5	12	12		4			6	215	29
LINA BARRETO			N		R	MT	N		MTN		R	MT	N			MTN		R	MT	N				N		R	MT	N		MT	RN2		
			12		6	12	12		24		6	12	12			24		6	12	12				12		6	12	12		12	11	215	29
ANDREA RUIZ		MTN		R	MT	N				N		R	MT	N			MTN		R	MT	N			MT	N		R	MT		N	N1		
		24		7	12	12				12		7	12	12			24		7	12	12			12	12		8	12		12	6	215	29

TURNO DE URGENCIAS MAÑANA = 7 AM - 1 PM

TURNO DE URGENCIAS TARDE = 1 PM -7 PM

TURNO DE URGENCIAS NOCHE = 7 PM -7AM

MARGARITA OCHOA HUMANEZ
Bacteriologa
Número Telefonico 3004340304

LINA MARCELA BARRETO PADILLA
Bacteriolga
Número Telefonico 314 700 06 19

ANDREA VARGAS
Bacteriologa
Número Telefonico 3005328866

MARIA ANDREA RUIZ ABRIL
Bacteriologa
Número Telefonico 311 587 82 41

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL
No. Identificación:	CC1013603102
Dirección:	CRA 5 21-62 ONCE DE NOVIEMBRE
Telefono:	6483291
Correo:	JOMANDA171020@GMAIL.COM
Ciudad:	SAN MARTÍN
Número de Planilla:	8393261308

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL
Tipo y número de identificación	CC1013603102
Número de planilla	8393261308
Fecha pago	2026-08-13
Número de autorización pago	76474309
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	545600
Total Intereses de Mora	3600

PAGADA

8393261308

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	43000	1
230301	Porvenir	282200	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	220400	1

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO: 1013603102
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ANDREA RUIZ ABRIL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	260200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 8/28/2026 3:16:38 PM

Señor(a) : MARIA ANDREA RUIZ ABRIL 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 3:16:38 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.	Caja CF	Salud
C	8393261308	MIPLANILLA	2026-06-13	2026-07-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	8388390833	MIPLANILLA	2026-06-26	2026-06-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	8380137292	MIPLANILLA	2026-06-12	2026-05-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	8373555068	MIPLANILLA	2026-05-22	2026-04-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	8364380065	MIPLANILLA	2026-04-13	2026-03-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	97440329	MIPLANILLA	2026-03-12	2026-02-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	49093726	MIPLANILLA	2026-02-09	2026-01-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	218900	280200	42700	0	30
C	92088360	MIPLANILLA	2025-12-11	2025-12-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	183500	234900	35800	0	30
C	91084565	MIPLANILLA	2025-12-11	2025-11-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	183500	234900	35800	0	30
C	8390475495	MIPLANILLA	2025-11-13	2025-10-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	183500	234900	35800	0	30
C	8389635756	MIPLANILLA	2025-10-07	2025-09-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	183500	234900	35800	0	30
C	88689168	MIPLANILLA	2025-09-01	2025-08-01	CC 1013603102	MARIA ANDREA RUIZ ABRIL	183500	234900	35800	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: 001666 COMPROMISO: 000708

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
24502090010101	Honorarios asistenciales	
BPIN		4,120,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP) RECURSOS PROPIOS	PROD: 0	
CCPET:		

VALOR : 4,120,000.00

BENEFICIARIO: 1013,603,102 RUIZ ABRIL MARIA ANDREA

O B J E T O : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIÓLOGO (A) Y LIDER DE LABORATORIO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOSLLANOS

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	4,120,000.00
Descuentos:	28,840.00
Neto a pagar:	4,091,160.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011633			**DEBITOS**	**CREDITOS**
51117900001	Honorarios	81011633001	4,120,000.00	
24362700017	Ica act servicios 7x1000	81011633011		28,840.00-
24905400001	Honorarios	81011633015		4,091,160.00-

2026 09 11 ****4,091,160.00

RUIZ ABRIL MARIA ANDREA

CUATRO MILLONES NOVENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE**********
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001534

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905400001	0000	Honorarios	001666	1013,603,102	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERI ÓLOGO A Y LIDER DE LABORATORIO DE LA EMPRESA SOC IAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MAR	4,091,160.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000008	1013,603,102	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERI ÓLOGO A Y LIDER DE LABORATORIO DE LA EMPRESA SOC IAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MAR		4,091,160.00
					Total comprobante	**4,091,160.00**	**4,091,160.00**

Cheque : . Compromiso:001666
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 24502090010101 Honorarios asistenciales
No Obligacion: 001666 Vlr Obligacion: 4,120,000.00

Elaboro:ADRI 260928 Reviso: Aprobo: Impr:260928

RUIZ ABRIL MARIA ANDREA
1013,603,102

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

CERTIFICA

Que **RUIZ ABRIL MARIA ANDREA,** identificada con Cedula de ciudadanía número 1.013.603.102 Expedida en 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 agosto 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