	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO – CONTRATISTAS			
	CÒDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÒN	VERSION	Documento Controlado
	TH-FVC-13	01-04-2024	6	

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO	
CONTRATO No.	2024-231
CONTRATISTA	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1.006.863.092
DEPENDENCIA	OFICINA DE PLANEACION CALIDAD Y DESARROLLO
PERÍODO DE COBRO	DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024

LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA CUENTA DE COBRO

ITEM	SI	NO	NA
Factura o Cuenta de cobro	✓		
Informe de gestión del período – Contratista	✓		
Anexos o Soportes Técnicos del Informe	✓		
Pagos al sistema integral de seguridad social del periodo, según disposición legal	✓		
Certificado jefe inmediato/ responsable de área.			
Entrada a almacén			
Verificación Pago Planilla S.S.			

REGISTRO DE RECEPCIÓN

FECHA DE RADICACIÓN:	01 NOVIEMBRE DE 2024
NÚMERO DE FOLIOS	(9) FOLIOS
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA	YUBER ANDRES MORENO CORTES
FIRMA DE RECIBIDO	

VERIFICACION REQUISITOS PARA EL PAGO	SI	NO	NA	FECHA	FIRMA
Certificado de Supervisión	✓			01/11/2024	
Acta de Pago					
Disponibilidad presupuestal					
Obligación presupuestal					
Causación Contable					
Egreso					
Acta de Terminación o Liquidación					

FIRMA REVISIÓN		FECHA	01/11/2024

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 5

Decreto 522 de 2003 art 3, Art 617 del Estatuto Tributario

FECHA: 01 DE NOVIEMBRE DE 2024	
DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE	**DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO**
Razón Social: **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E**	Nombre: **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO**
NIT: **900.004.059-7**	Identificación: **1.006.863.092**
Teléfono: **6751118**	Teléfono: 318 469 19 68
Dirección: **CRA 8 N° 15 VIA CACAYAL- CASTILLA LA NUEVA**	Dirección: VEREDA ARENALES FINCA EL DIAMANTE
	Cod. Actividad: 8699

Descripción	**cantidad**	**V. Unitario**	**V. Total**
CONTRATO 2024-231 CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE SEGÚN PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024.	1	$ 2.100.000	$ 2.100.000
SON: DOS MILLONES CIEN MIL PESOS MCTE.			**$ 2.100.000**

OBSERVACIONES: CERTIFICO QUE PAGUE SALUD, PENSIONES Y ARL CON NÚMERO DE LA PLANILLA: 80739152
Cuenta de ahorros N° 705077089 de Banco de Bogotá.

Certifico que mis ingresos mencionados en el artículo 103 del Estatuto Tributario, las realizo como persona natural y manifiesto que no he contratado o vinculado más de dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad para desarrollar el objeto y las obligaciones contractuales con el Hospital de Castilla la Nueva ESE.
Por lo anterior solicito que se me aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta el artículo 383 del Estatuto Tributario.

Alejandra Sepúlveda B

ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO
1.006.863.092 DE CASTILLA LA NUEVA - META

INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA N. 05

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO							
CONTRATO No.	2024-231	**VALOR $**	$ 12.600.000	**SUPERVISOR**	DEISY CAROLINA CAMARGO		
ADICIÓN	N/A	**VALOR ADICIÓN**	N/A	**VALOR TOTAL**	N/A		
CONTRATISTA	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO			**C.C Y/O Nit**	1.006.863.092		
NOVEDADES							
DEPENDENCIA	OFICINA DE PLANEACION CALIDAD Y DESARROLLO						
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE FARMACIA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.						
PLAZO INICIAL	SEIS (6) MESES	**FECHA INICIACIÓN**	01/06/2024	**FECHA TERMINACIÓN**	30/11/2024		
PRORROGA	N/A	**FECHA INICIACIÓN**	N/A	**FECHA TERMINACIÓN**	N/A		

2. INFORME DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
2.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	**2.2 DESARROLLO DE LAS OBLICACIÓNES ESPECÍFICAS EN EL PERÍODO CONTRACTUAL**
1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio.	1. Inicié la ejecución del presente contrato una vez cumplidos requeridos exigidos en el mismo.
2. Realizar la recepción técnica de medicamentos adquiridos por EL HOSPITAL	2. Realicé la debida recepción técnica de los medicamentos
3. Supervisar el control del stock de medicamentos y el carro de paro en el servicio de urgencias.	3. Supervisé el stock de medicamentos en el área de urgencias.
4. Realizar la facturación de medicamentos para entrega a los pacientes hospitalizados y verificar la devolución de los mismos.	.4. Realicé la facturación de medicamentos para la entrega a los pacientes hospitalizados y verifiqué la devolución de los mismos.
5. Realizar el reporte mensual de medicamentos de control especial a la secretaria Departamental de Salud.	5. No realicé el reporte mensual de medicamentos de control especial a la secretaria Departamental de Salud porque esta actividad es deber de la regente.
6. Coordinar junto con la almacenista los requerimientos de medicamentos e insumos médicos a los proveedores mensuales, teniendo en cuenta la ficha técnica, el material solicitado y las condiciones de entrega del contrato de suministro.	6. No coordiné junto con la almacenista los requerimientos de medicamentos e insumos médicos a los proveedores mensuales porque este deber es de la regente.
7. Abastecer el consumo de medicamentos e insumos en el servicio de urgencias a diario.	7. Abastecí el consumo de medicamentos e insumos en el servicio de urgencias a diario.
8. Realizar entrega medicamentos según la orden médica a pacientes que consultan por el servicio de consulta externa.	8. Realicé la entrega de medicamentos a pacientes que consultaron por el servicio de consulta externa y están contratados por la institución.
9. Verificar el proceso de facturación de medicamentos.	9. Verifiqué el proceso de facturación de medicamentos.
10. Mantener en óptimas condiciones el almacenamiento de medicamentos y dispositivos	10. Mantuve en óptimas condiciones el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos

médicos, siendo responsable del cuidado y almacenamiento de los mismos.	
11. Informar al personal médico de los medicamentos de baja rotación.	11. Informé al personal médico los medicamentos de baja rotación
12. Almacenar y dispensar los insumos de laboratorio del hospital.	12. No almacené ni dispensé los insumos de laboratorio del hospital porque esta actividad no corresponde al área.
13. Almacenar y dispensar los insumos de odontología.	13. No almacené ni dispensé los insumos de odontología porque esta actividad no corresponde al área.
14. Descargar del inventario general los insumos que se dispensan a los diferentes servicios que presta el hospital.	14. No descargué de inventario general los insumos que se dispensan a los diferentes servicios que presta el hospital porque esta actividad no corresponde al área.
15. Informar y notificar los eventos adversos presentados por los medicamentos y dispositivos médicos, al personal idóneo en la entidad.	15. En este periodo contractual no se presentaron eventos adversos presentados en los medicamentos y dispositivos médicos.
16. Verificar la fecha de vencimiento de los diferentes medicamentos y dispositivos médicos, y en su defecto solicitar cambio.	16. Verifiqué la fecha de vencimiento de los diferentes medicamentos y dispositivos médicos informando a la regente para solicitar cambio.
17. Realizar periódicamente el reporte de fármaco vigilancia y tecno vigilancia al INVIMA.	17. No realicé reporte de fármaco vigilancia y tecno vigilancia al INVIMA porque esta actividad es de la regente.
18. Facturar a través del sistema PROSOFT los servicios de su competencia prestados por EL HOSPITAL	18. Facturé a través del sistema PROSOFT los servicios prestados por el Hospital.
19. Diligenciar los formatos FURIPS y FURTRANS.	19. No diligencié los formatos FURIPS y FURTRANS porque no esta actividad no corresponde al área de farmacia.
20. Verificar en la base de datos los usuarios que soliciten suministro de medicamentos.	20. Verifiqué en las bases de datos a los usuarios que solicitaron suministro de medicamentos.
21. Elaborar los recibos de caja de los valores cancelados por los usuarios de EL HOSPITAL y entregarlos al área de facturación.	21. Elaboré los recibos de caja de los valores cancelados por los usuarios del hospital y entregué al área de facturación.
22.Apoyar la supervisión de los contractos de las auxiliares de farmacia.	22. N/A a mi cargo.
23.Mantenerse actualizado respeto al conocimiento de su actividad profesional, y asistir alas capacitaciones que brinde EL HOSPITAL.	23. Me he actualizado y estoy pendiente de capacitaciones programadas por el hospital.
24. LA CONTRATISTA presentara informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contracto, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar.	24. Diligencié correctamente y oportunamente las actividades programadas.
25. CUMPLIR LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION PLANES DE MEJORAMIENTO.	25. Si cumplo con lineamientos establecidos para el diseño y/o implementación de los diferentes sistemas.
26. Las demás que se deriven de la naturaleza del contracto y que garantice a cabal y oportuna ejecución B). OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1. Afiliarse en salud, pensión y riesgos profesionales, en los términos establecidos en la normatividad del sistema general de seguridad social integral. 2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente contracto de prestación de servicios.	26. Pagué salud, pensión y riesgos profesionales, en los términos establecidos en la normatividad del sistema general de seguridad social integral. Obro con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente contracto de prestación de servicios.

1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO			
Cumplí con las obligaciones generales del contrato de prestación de servicios, las cuales consisten en: **1.** Afiliarse al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales, en los términos establecidos en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social Integral. **2.** Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del presente Contrato de Prestación de Servicios **3.** Cumplir el objeto del Contrato de prestación de servicios de conformidad con las políticas, disposiciones y normas reglamentarias que le sean impartidas por quien ejerce el control y ejecución en materia administrativa, conservando plena autonomía funcional para el desarrollo de la misma **4.** Utilizar adecuadamente los utensilios, elementos y herramientas de trabajo que le sean entregadas para el desarrollo de sus actividades, debiendo responder por el mal uso o indebida utilización de los mismos **5.** Devolver a la terminación del Contrato de prestación de servicios, los implementos referidos en el numeral anterior. **6.** Presentar con la periodicidad exigida por quien ejerce el control de ejecución, los informes de su gestión, y los que sean requeridos por éste. **7.** Salvaguardar la información confidencial que obtenga en desarrollo de sus actividades. **8.** En estricto cumplimiento del objeto del Contrato, Si se llegare a presentar alguna anomalía que impidiera la ejecución normal, el **CONTRATISTA** deberá informar a la mayor brevedad posible a quien ejerce el control de ejecución del mismo, para que se surta la suspensión o se tomen conforme al Manual Interno de Contratación las medidas necesarias.			
2. **PERÍODO DEL REPORTE**	01 AL 31 OCTUBRE DEL 2024.	3. **FECHA DE ELABORACIÓN**	01/11/2024
4. **ANEXOS TÉCNICOS**			
5. **FIRMA DEL CONTRATISTA**	Alejandra Sepúlveda B		

ANEXO No. 1

FECHA	SERVICIO	TURNO	HORAS
01/09/2024	FARMACIA	MAÑANA	8
02/09/2024	FARMACIA	MAÑANA	8
03/09/2024	FARMACIA	MAÑANA	8
04/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
05/09/2024	FARMACIA	NOCHE	11
06/09/2024	FARMACIA	NOCHE	11
10/09/2024	FARMACIA	TARDE	8
11/09/2024	FARMACIA	TARDE	8
12/09/2024	FARMACIA	DIA	12
13/09/2024	FARMACIA	NOCHE	12
14/09/2024	FARMACIA	NOCHE	11
15/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
19/09/2024	FARMACIA	DIA	12
20/09/2024	FARMACIA	DIA	12
21/09/2024	FARMACIA	TARDE	8
22/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
23/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
24/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
28/09/2024	FARMACIA	MAÑANA	8
29/09/2024	FARMACIA	MAÑANA	8
31/09/2024	FARMACIA	NOCHE	8
		TOTAL:	**185**

Observaciones jefe de áreas: _____

VoBo Jefe área

VoBo Asesor Jurídico

VoBo Supervisor

ANEXO No. 1

Objetivo: Describir las actividades desarrolladas durante el periodo por parte del contratista y que hagan parte integral de la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.

ITEM	ACTIVIDAD	TIEMPO / CANTIDADES
1	Recibo de medicamentos	0 Horas
2	Almacenamiento De Medicamentos Y Dispositivos Médicos	0 Horas
3	Control de temperatura	7 Días
5	Semaforización	0 Días
6	Dispensación de medicamentos de urgencia	21 Días
7	Dispensación de medicamentos ambulatorios	21 Días
8	Facturación de medicamentos	21 Días
9	Recaudo de dinero por cuota moderadora	21 Días
10	Recaudo de dinero por ventas	21 Días
11	Limpieza del área	4 Días
12	Registro de medicamentos de control	6 Días
13	Entrega de fórmulas de facturación mensual	8.071 Facturas
14	Bajas por consumo	0 Días

Observaciones jefe de áreas: _____

_____

VoBo Jefe área

VoBo Asesor Jurídico

VoBo Supervisor

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006863092	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO	Vereda Arenales finca el Diamante	6751082	alejha682@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	03/10/2024	80739148	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200



Alejandra Sepúlveda B
cc. 1006863092

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006863092	ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO	Vereda Arenales finca el Diamante	6751082	alejha682@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	03/10/2024	80739152	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				



Alejandra Sepúlveda B
cc. 1006863092

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PAGADA

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

	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO – CONTRATISTAS			
	CODIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÒN	VERSION	Documento Controlado
	SIG-APAG-F36	26-02-2020	4	

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA DE PLANEACION, CALIDAD Y DESARROLLO, DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E, ACTUANDO EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2024-231 del 01/06/2024

C E R T I F I C A

Que el (o) la contratista, **ALEJANDRA SEPULVEDA BEJARANO** con CC. No 1.006.863.092, ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato No. **2024-231 del 01/06/2024,** cuyo objeto es **"PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA, EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,** durante el periodo comprendido entre 01 de octubre al 30 de octubre 2024, razón por la cual se autoriza el pago correspondiente a dicho periodo por una suma equivalente a **DOS MILLONES CIEN MIL PESOS MCTE. ($2.100.000,00).**

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución		SEIS MESES (6)
Prórroga al Termino de Ejecución		N/A
No R.P		000515
Fecha de Inicio y Terminación	Inició: 01/06/2024	Termina: 30/11/2024
Valor Inicial del Contrato		$ 12.600.000
Valor Adicionado al Contrato		N/A
Valor Total del Contrato		$ 12.600.000
Valor Ejecutado del Contrato		$ 10.500.000
Valor Pagado		$ 8.400.000
Valor a Pagar en el Presente Periodo		$ 2.100.000
Valor Por Ejecutar		$ 2.100.000

Se expide en Castilla la Nueva – Meta, el primer (01) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024).

DEISSY CAROLINA CAMARGO
Profesional Universitario área de calidad

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Deissy Carolina Camargo Supervisor del Contrato	Cristian Camilo Torres García Asesor Jurídico	Sonia Castañeda Linares Subgerente Administrativo y financiero