EL SUBGERENTE
ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL

C E R T I F I C A:

Que, DEPÓSITO DISTRIFÁRMACOS OCAÑA SAS, con NIT No. **900.778.637-5,** actuando como representante legal, **FABIAN CAMILO ARIAS CASTILLA,** identificado con C.C. No. **1.091.661.485** de Ocaña, Norte de Santander, CUMPLIO EL OBJETO DEL CONTRATO SUMINISTRO **No. CS-0138-2026, "SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, MATERIAL DE LABORATORIO, MATERIAL DE ODONTOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS HABILITADOS POR LA ESE HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL."**

Registro Presupuestal:	000280
Certificado Disponibilidad Presupuestal:	000167
Contrato de Prestación de Servicios	No. CS-0138 del 20/03/2026
Tiempo del Contrato:	(5) meses
Término del contrato:	17/08/2026
Valor del contrato:	**$ 1.934.002.894,00**
Valor a cobrar	**$ 411.331.955,00**

Que, Así se desprende del inciso segundo del artículo 1.2.4.1.7 del decreto 1625 de 2016:«Para la procedencia de la deducción en el impuesto sobre la renta y complementario de los pagos realizados a las personas mencionadas en el inciso anterior por concepto de contratos de prestación de servicios, el contratante deberá verificar que los aportes al Sistema General de Seguridad Social estén realizados de acuerdo con los ingresos obtenidos en el contrato respectivo, en los términos de Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y 1833 de 2016, por medio del cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones y las demás normas vigentes sobre la materia, así como aquellas disposiciones que las adicionen, modifiquen o sustituyan.»

Que, así mismo se verifico documentalmente, y a través de la página web del ADRES y/o la plataforma de pagos de seguridad y/o la plataforma de pagos de seguridad social respectiva, que el Contratista canceló su seguridad social conforme a lo preceptuado en la ley, y por los montos mínimos al que está obligado por el presente pago del mes de **marzo y abril,** Planilla Número: **46495772433**

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1091661485	ARIAS	CASTILLA	FABIAN	CAMILO	2020-11	Medimas	COTIZANTE
CC	1091661485	ARIAS	CASTILLA	FABIAN	CAMILO	2026-04	Nueva Eps	COTIZANTE
CC	1091661485	ARIAS	CASTILLA	FABIAN	CAMILO	2015-11	Saludcoop	COTIZANTE
CC	1091661485	ARIAS	CASTILLA	FABIAN	CAMILO	2017-07	Cafesalud	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Nueva Eps	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Nueva Eps	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Que, revisados los comprobantes de Entrada de Elementos a Almacén (**FARMACIA**) No. AF.000006; AF.000007, AF.000008, AF.000009 con fecha del (08/04/2026), expedido por el Regente General **CARLOS ALBERTO ECHENIQUE MANRRIQUE,** cumple con lo establecido en el contrato.

Que, verificado el comprobante de pedido de compra de elementos de (**almacén/farmacia**) No. 000006, No. 000007, No. 000008, No. 000009 con fecha del (08/04/2026), firmado por la gerente **JAICHIRLEY CARO MORENO** y según facturas electrónicas de venta relacionadas por el Almacenista General de la ESE Hospital Regional Noroccidental FE-13959, FE-13965, FE-13966, FE-13974 con fecha del (08/04/2026), presentadas por **DISTRIFARMACOS OCAÑA S.A.S**. cumple con lo establecido en el contrato.

Que, Revisada la Factura Electrónica de Venta FE-13959, FE-13965, FE-13966, FE-13974 con fecha del (08/04/2026), presentadas por **DISTRIFARMACOS OCAÑA S.A.S**, admitida por el código CUFE DIAN es Válida por el Supervisor.

Qué, el contrato y/o proceso de: **CS-0138-2026**, se encuentra publicado en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II), y el estado es **CELEBRADO**, según constancia de publicación CO1.PCCNTR.9408470

Radicado:	SUB-**0157**-2026
Fecha:	17/04/2026
Hora:	1:10 PM
Dependencia:	SUBGERENCIA

Se expide la presente a solicitud del Interesado a los (17) días del mes de abril de 2026, para efectos de cobro.

Firmado digitalmente por:
Carlos Eduardo Bonilla Diaz
Subgerente
Fecha: 17/04/2026

CARLOS EDUARDO BONILLA DÍAZ
Supervisor