



DIEGO ARMANDO MARTINEZ
REYES
NIT 86.067.091-1
CALLE35#5A-80 Sur
Tel: (608) 3107650311
Villavicencio - Colombia
diego8127@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FEV 136

Señores				Fecha y hora Factura	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS				Generación	21/10/2025, 15:37
NIT	892.000.458-6	Teléfono	(608) 6485791 - Ext. 000	Expedición	21/10/2025, 15:37
Dirección	CALLE 4 #7-34	Ciudad	Villavicencio - Colombia	Vencimiento	30/11/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Impto. Cargo	Vr. Total
1	M-52 Diluyente, Marca Mindray, Caja 1 x 20 L. Lote:20250303327. FV 2/03/2025	5.00	355,812.84	0 %	1,779,064.20
2	M-52 LH Lyse, Marca Mindray, 100ml x 4	2.00	1,526,310.81	0 %	3,052,621.62
3	PROBE CLEANSER (50 ml)	3.00	78,500.00	0 %	235,500.00
4	M-52 Diff Lyse, Marca Mindray, 500 ml x 4	2.00	2,355,720.75	0 %	4,711,441.50
5	BC-5D(2H/2N/2L) 3.0ML*6"	1.00	1,753,402.79	0 %	1,753,402.79

Total items: 5		Total Bruto	11,532,030.11
Valor en Letras: Once millones quinientos treinta y dos mil treinta pesos m/cte con once cent.		Total a Pagar	11,532,030.11
Forma de pago: Crédito			
Medio de pago: Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-11-30 por		\$	11,532,030.11

Observaciones:
CONTRATO 324-2025. SUMINISTRO DE REACTIVOS INCLUYENDO EL EQUIPO DE HEMATOLOGIA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MISMO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización Electrónica 18764092468099 aprobado en 20250428 prefijo FEV desde el número 117 al 300 Vigencia: 6 Meses
Responsable de IVA - Actividad Económica 4659 Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. Tarifa 4*1000
CUFE: fdfc377181301d438ba4534c2b8e5e11306ec32ba0a5fd4a349010042976310c933806a0931665e77b020ad94b6253cd

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS La Salud, un Derecho de TODOS Avance Salud del Estado	FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATOS SUMINISTROS	VERSION 2	CODIGO FR-CON-19	Aprobado 16/04/2018
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

NUMERO CONTRATO	324
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA C.C.:	DIEGO ARMANDO MARTINEZ REYES C.C. N.º 86.067.091 de Villavicencio
OBJETO:	"SUMINISTRO DE REACTIVOS INCLUYENDO EL EQUIPO DE HEMATOLOGIA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MISMO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS"
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$22.500.000) M/CTE
PLAZO:	HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO.
PERIODO A COBRAR:	(FACTURA FEV 136 Expedida el 21/10/2025).
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	ONCE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL TREINTA PESOS CON ONCE CENTAVOS (\$11.532.030.11) MONEDA LEGAL VIGENTE.

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	NA	
PRORROGAS	NA	
ADICIONES	NA	

INFORME ADMINISTRATIVO.

1. Se firma acta de inicio el 07/10/2025
2. Registro presupuestal Nro. **001214**.
3. Certificado de disponibilidad Nro. **001109**.

NOTA ACLARATORIA:

Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al **señor Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146 de 2025**, que indica que el señor **Suárez Aguilar** asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS La Salud, un Derecho de TODOS	FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATOS SUMINISTROS	VERSION 2	CODIGO FR-CON-19	Aprobado 16/04/2018
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

De conformidad con lo expuesto, El Hospital Local de San Martín de los Llanos busca garantizar el suministro de reactivos incluyendo el equipo de hematología, para lo cual deberá instalar el siguiente equipo con las siguientes especificaciones mínimas:

PROCESO	EQUIPO		CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	AREA
HEMATOLOGÍA	BC-5150		1	Analizador de Hemograma diferencial de 5P, con rendimiento de 60 pruebas por hora, 25 parámetros, 3 histogramas	Laboratorio Clínico

En ese sentido, se requiere el suministro de los reactivos para el equipo en mención, de acuerdo a la necesidad del suministro:

Referencia	Descripción	Marca	Presentación	Cantidad
105-004045-A0	M-52 Diluyente	Mindray	Caja 1 x 20 L	1
105-003724-A0	M-52 Diff Lyse	Mindray	500 ml x 4	1
105-004307-A0	M-52 LH Lyse	Mindray	100ml x 4	1

Referencia	Descripción	Marca	Cantidad
040-000018-00	BC-5D(2H/2N/2L) 3.0ML*6*	MINDRAY	1
040-001496-00	SC-CAL PLUS	MINDRAY	1

Así como la solución de lavado del equipo:

Referencia	Descripción	Marca	Cantidad
105-002225-A0	PROBE CLEANSER* (50ml)	MINDRAY	1

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	BALANCE	
Valor inicial del contrato	\$22.500.000	
Valor adicionado		
Valor ejecutado por el contratista		\$
Valor a pagar con esta cuenta		\$11.532.030,11
Saldo a favor del hospital		\$10.967.969,89
TOTAL DE SUMAS IGUALES	\$22.500.000	\$22.500.000,00

NOTA ACLARATORIA:

Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor **Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146 de 2025**, que indica que el señor **Suárez Aguilar** asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS La Salud, un Derecho de TODOS Avances hacia el Futuro	FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATOS SUMINISTROS	VERSION 2	CODIGO FR-CON-19	Aprobado 16/04/2018
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
	DOCUMENTO CONTROLADO			

RESUMEN DE EJECUCION

RESUMEN FACTURAS

FACTURAS	FECHA	VALOR FACTURA
FEV 136	21/10/2025	11.532.030,11

TOTAL

\$11.532.030,11

PORCENTAJE DE EJECUCION		
EJECUTADO	51%	11.532.030,11
PENDIENTE POR EJECUTAR	49%	\$10.969,89
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		\$ 22.500.000.00



ANEXOS:

Cuenta de cobro y/o factura	SI
Informe de actividades	SI
Certificado de pago de aportes a seguridad social	SI

NOTA ACLARATORIA:

Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor **Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146 de 2025**, que indica que el señor **Suárez Aguilar** asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.

Dirección. Calle 4 No. 7 – 34 Barrio Camoa – San Martín de los Llanos
Números Telefónicos: Telefax 648 57 91 Celular No. 311 591 22 87
Correo Electrónico. Email: administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS La Salud, un Derecho de Todos Resolución No. 10006	FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATOS SUMINISTROS	VERSION 2	CODIGO FR-CON-19	Aprobado 16/04/2018
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
	DOCUMENTO CONTROLADO			

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 SUÁREZ AGUILAR
 Subgerente – Supernumerario
 Resolución N° 324 de 2025
 VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

NOTA ACLARATORIA:

Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor **Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146 de 2025**, que indica que el señor **Suárez Aguilar** asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.



MICHELL CARDONA

ASESORIAS CONTABLES Y TRIBUTARIAS

El suscrito Contador Público MICHELL CARDONA GUTIERREZ,
Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.119.892.127 de Cumaral/Meta
y Tarjeta Profesional Número 313.647-T- T de la Junta Central de Contadores

CERTIFICO:

Que, la Persona natural **DIEGO ARMANDO MARTINEZ REYES**, identificado con el Nit. 86.067.091, canceló los siguientes aportes a los Sistemas de salud, Riesgos Laborales y aportes a Pensiones mediante las planillas de COMPENSAR, MI PLANILLA.COM en los siguientes periodos, por lo cual declaro que se encuentra a PAZ y SALVO:

PERIODO		PLANILLA	FECHA DE PAGO	VALOR
PENSION	SALUD			
2025-09	2025-09	90317274	02/10/2025	\$870.800

La presente certificación se expide con destino al INTERESADO los DOS (02) días del mes de Octubre de 2025.

Cordialmente,

Michell Cardona
MICHELL CARDONA GUTIERREZ
Contador Público T.P. 313.346-T

📍 BRR MAYUGAVIVE MZG CS 12
CUMARAL/META

☎ 3195498490 📧 maicol.cardona@outlook.es

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXHIBIDO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	66037031	DIEGO ARMANDO MARTINEZ REYES	CALLE 31-5-4 AZOTEA	9323848	diego3127@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	APG

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO BALDIO	PERIODO PERIÓDICO			
2025-09	2025-09	1	02/10/2025	90317274
				TOTAL A PAGAR
				5570.800

TOTALS POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		Colización Obligatoria
Código EPS	Nombre	NIT
EP-5002	Salud Total EPS	800130967-4
		368 400

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	569 400	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION		
Código AFP	Nombre	Cotización Obligatoria
23.001	Cuñados	471.800

	Agente Voluntario Afiliado	Agente Voluntario Aportante	Agente Fgsp - Soliandad	Agente Fgsp - Subsistencia	Clas. Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora Fgsp	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	0	0		471.600	1

TOTAL RIESGOS LABORALES

TOTALES RECURSOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	NIT
14-11	ARL SURA	890061700-2
		30.800

Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Cantidad Cotización	No. Realizado Saldo a Favor	Valor Saldo a Pagar	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor										
			38,800	0	0	38,800			308	30,500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre

TALES CAJAS		Valor Aporte	Cón Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
NIT						

TOTAL PARAFISCAL

TOTALES PARAFISCALES					Total a pagar	No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	BENA			
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	ICBF		0	0
			ESAP			
			MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RRP y Mora
Sesud	1	365 430
Paranón	1	471 600
Riesgos Laborales	1	30 800
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEIN	0	0
SEHA	0	0
TOTALES	3	870 830

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD	
OC	86067091	DIEGO ARMANDO MARTÍNEZ REYES		CLL 33 51-54 AZOTEA	8933948	diego8127@hotmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO		CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente				META		VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ESCUELA (DIARIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIARIANO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALIDA	PERIODO PERIODES			
2015-08	2015-09	1	02/10/025	90317274
				CANTIDAD
				EMPLADOS
				1
				UPC
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$570 800

[illegible]

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

2983602790866A1E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

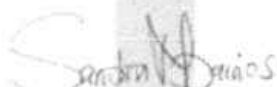
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MICHELL CARDONA GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1119892127 de CUMARAL (META) Y Tarjeta Profesional No 313647-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTA a los 2 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

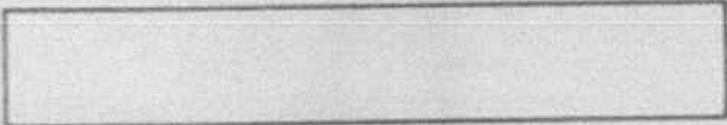
2000A-1/9902

Registro de Contador
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

313647-T

MICHELL
CARDONA GUTIERREZ
C.C. 1119892127
RES. INSCRIPCION 341 DEL 15/08/2023
UNIVERSIDAD DE LOS ANOS



363311 JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA DIRECTOR GENERAL 367017

DESTINO
A LA PERSONA NATURAL: DIEGO ARMANDO MARTINEZ REYES CC:86.067.091

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.119.892.127
CARDONA GUTIERREZ

APELLIDOS
MICHELL

NOMBRES

Michell Cardona



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1995
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

GRUPO SANGUINEO

SEXO

07-NOV-2013

FECHA Y LUGAR DE EMISION

EMISION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



P-5202001-000000000000-M-1119892127-20131219

0036286408A 1

40304929

DESTINO
A LA PERSONA NATURAL DIEGO ARMANDO MARTINEZ REYES CC:86.067.091

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS La Salud, un Derecho de TODOS Seguros Salud del Estado	FORMATO CERTIFICACION CUMPLIMIENTO	VERSION 2	CODIGO FR-CON-12	Aprobado 31/08/2017
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
DOCUMENTO CONTROLADO				

**LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
 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 "SUMINISTRO DE REACTIVOS INCLUYENDO EL EQUIPO DE HEMATOLOGIA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MISMO PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS" Número **324**, con acta de inicio del día siete (07) del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

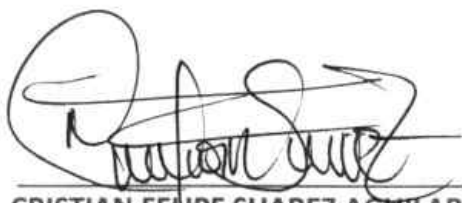
CERTIFICA

Que el señor **MARTINEZ REYES DIEGO ARMANDO** mayor de edad **identificado** con cedula de ciudadanía número.86.067.091 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 Martín de los Llanos, el día treinta y uno (31) del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)



CRISTIAN FELIPE SUÁREZ AGUILAR
 Subgerente – Supernumerario
 Resolución N° 146 de 2025
 VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

NOTA ACLARATORIA:

Se deja constancia que debido a la incapacidad médica de la Subgerente **Yotjana Rey Lodoño**, quien se encuentra ausente de sus funciones a partir del 18 de octubre de 2025, se designa de manera transitoria al señor **Cristian Felipe Suárez Aguilar** de las funciones de Subgerente en calidad de Supernumerario, en el marco de la **Resolución No. 146 de 2025**, que indica que el señor Suárez Aguilar asumirá las funciones y responsabilidades inherentes al cargo de Subgerente mientras perdure la incapacidad de la titular, garantizando la continuidad en los procesos administrativos, financieros, presupuestales y operativos de la Subgerencia.