

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social 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
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**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 , en el marco de la Resolución 146 de 2025 , de acuerdo a las funciones asignadas, para el Contrato de prestación de servicios Número **164** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de mayo de dos mil veinticinco (2025).

**CERTIFICA**

Que **MAGE VERGARA JASBLEYDI**, mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 40.421.978 expedida en la ciudad de San Martín - 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 (30) de diciembre 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.

Proyecto: Cristian Felipe Suarez Aguilar - Subgerente-Supernumerario-(Res. 146 de 2025)-	Revisa: Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digito: Ledis Bibiana Ortiz Cubillos. - Apoyo Administrativo
---	--	---

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](mailto:administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co)

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

**INFORMACION BASICA**

NUMERO DE CONTRATO <b>164</b>	BENEFICIARIO <b>JASBLEYDI MAGE VERGARA</b>	NIT O CEDULA <b>40.421.978</b>
----------------------------------	---	-----------------------------------

PAGO O FACTURA No <b>8</b>	FECHA DE LA FACTURA <b>30 DE DICIEMBRE DE 2025</b>	VALOR <b>\$ 1.666.667</b>	PERIODO <b>01 AL 20 DE DICIEMBRE DE 2025</b>
-------------------------------	---	------------------------------	---

**CONCEPTO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC - DEPARTAMENTAL) 2025.

**CUENTA BANCARIA PARA ABONO:**

BANCO DE BOGOTÁ	<input checked="" type="checkbox"/>	AH	556201556
-----------------	-------------------------------------	----	-----------

**CDP NUMERO**

**000646-001234**

**CONTROL DOCUMENTACION**

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
INFORME DE ACTIVIDADES	<input checked="" type="checkbox"/>			FACTURA O CUENTA DE COBRO	<input checked="" type="checkbox"/>			
FOTOCOPIA PAGO APORTES SALUD	<input checked="" type="checkbox"/>			INGRESO DE ALMACEN		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOTOCOPIA APORTES PENSION	<input checked="" type="checkbox"/>			CONSTANCIA DE SERVICIO		<input checked="" type="checkbox"/>		
FOTOCOPIA APORTES ARP	<input checked="" type="checkbox"/>			OTROS		<input checked="" type="checkbox"/>		

**CONTROL SALDOS DEL CONTRATO**

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	<b>\$15.000.000</b>	
+ ADICIONES	<b>\$4.166.667</b>	
= VALORES TOTALES	<b>\$19.166.667</b>	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	<b>\$17.500.000</b>	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	<b>\$1.666.667</b>	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	<b>\$19.166.667</b>	
= VALOR NETO A CANCELAR	<b>\$1.666.667</b>	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	<b>\$0</b>	

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 164, FECHA 01 DE MAYO DE 2025

CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 164 POR VALOR DE QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. Que el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: Seis (6) pagos mensuales, cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$2.500.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, previa presentación de los requisitos, LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011), y una adición por valor de CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$4.166.667) MONEDA LEGAL VIGENTE y prórroga de Un (01) mes y veinte (20) días a partir de la terminación inicial del contrato.

- 3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A PENSION, SALUD Y ARL DEL MES DE DICIEMBRE 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018) ASÍ:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
Nueva Eps	<b>9496375916</b>	<b>\$178.000</b>
Colpensiones		<b>\$227.800</b>
Positiva		<b>\$34.700</b>

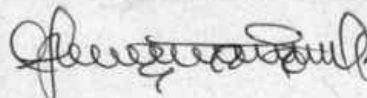
- 4) CONTRATOS CON OTRAS ENTIDADES: \_\_\_\_\_ CONTRATO No. \_\_\_\_\_ VALOR MENSUAL \_\_\_\_\_


**NOMBRE DEL CONTRATISTA**

**FIRMA**

JASBLEYDI MAGE VERGARA

40.421.978




 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSION 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
	<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>			

<b>FECHA DE SUPERVISIÓN</b>	30 DE DICIEMBRE DE 2025 ✓
<b>NUMERO CONTRATO</b>	164 ✓
<b>CONTRATANTE: NIT</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS. NIT. 892.000.458-6 ✓
<b>CONTRATISTA C.C.:</b>	JASBLEYDI MAGE VERGARA 40.421.978 ✓
<b>OBJETO:</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC - DEPARTAMENTAL) 2025 ✓
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	QUINCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$15.000.000) ✓
<b>VALOR ADICIÓN N°01</b>	CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$4.166.667) ✓
<b>PLAZO INICIAL</b>	SEIS (6) MESES A PARTIR DE ACTA DE INICIO. ✓
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>	DIECINUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$19.166.667) MONEDA LEGAL VIGENTE. ✓
<b>FECHA DE TERMINACIÓN PRORROGA N°01</b>	20 DE DICIEMBRE DE 2025 ✓
<b>PERIODO A COBRAR:</b>	01 AL 20 DE DICIEMBRE DE 2025 ✓
<b>VALOR DEL PERIODO A COBRAR:</b>	UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE. (\$1.666.667 ) ✓

**AJUSTES O MODIFICACIONES**


<b>ACCION SUSCRITA:</b>	<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
MODIFICACIONES	30/10/2025 ✓	Adición y Prorroga ✓
PRORROGAS	30/10/2025 ✓	Un (01) Mes y veinte (20) días a partir de la terminación inicial del contrato. ✓
ADICIONES	30/10/2025 ✓	CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$4.166.667) MONEDA LEGAL VIGENTE. ✓

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


 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSION 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

<b>EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO</b>			
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
1-Participar de las reuniones y capacitaciones convocadas por la coordinadora PIC del hospital.	X		Participe en reunión con la coordinadora del PIC Los días: 04-12-2025, entrega información, papelería.  17-12-2025 entrega papelería.
2-Garantizar el registro del 100% de las atenciones de salud, que ejecute de manera individual, el registro se debe realizar en el sistema de información de HC con cuenta el hospital o en su defecto en los registros clínicos manuales estos deben entregarse el mismo día de la atención a la coordinadora.	X		Se realizaron las atenciones en salud programadas para este mes.
3-Realizar la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado.	X		Realicé la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado el día 01-12-2025.
4- Realizar las actividades inherentes a su profesión y con base a las actividades solicitadas por el coordinador o supervisor en aras de cumplir las metas descritas en el contrato del PIC Departamental.	X		Realicé las intervenciones a las familias en el territorio 2 micro territorio 1.
5-Apoyar la actualización semanal de la cartografía social y mapeo del territorio asignado, en cuanto a: actualización de convenciones, nuevas familias caracterizadas, identificación de viviendas con población : gestante, primera infancia, discapacitada, cierre de PCP, etc. Según metodología del ministerio de salud y protección social y directrices del hospital del territorio asignado por la coordinadora, (presentar actas de reunión semanal e informe mensual con la cartografía social, registro fotográfico y planillas firmadas por los asistentes a la actividad en físico, digitadas en archivo editable y escaneadas,	X		Apoyé la actualización semanal con visitas domiciliarias en el territorio 2 micro territorio 1 realizando caracterización a 45 familias. identificando viviendas con población :gestante 0 personas, primera infancia 8 personas discapacitadas 2, cuidador 0 personas, cumpliendo así las 45 caracterizaciones en familias, cierre de PCP, etc. Según metodología del ministerio de salud y protección social y directrices del hospital del territorio , registro fotográfico y planillas firmadas por los asistentes a la actividad en físico, digitadas en

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](mailto:administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co)

 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
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				


mapas y demás que considere la coordinadora.			archivo editable y escaneadas, y demás documentos que considero la coordinadora.
6- identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación en coordinación con el área de trabajo social.	x		Se realizó la gestión no encontrando personas no afiliada al sistema de salud, para este periodo.
7-Diligenciar los datos en los instrumentos de forma manual y en las herramientas definidas por la IPS y los demás informados por la coordinadora del PIC. Departamental.	x		Diligencie los datos de las familias intervenidas en el aplicativo EPICOLLECT5, listados de asistencia, APGAR familiogramas.
8. Participar activamente en las actividades de mejora continua de la empresa a través del sistema de gestión de calidad y cumplir con los requisitos establecidos según la normatividad vigente.	x		Participo activamente en las actividades programadas por la secretaria de salud para contribuir a la mejora continua entre otros el día:  04-12-2025 y 17-12-2025 Reunión con coordinadora de PIC departamental y el supervisor jefe Wilson del PIC departamental, revisión y cargue EPICOLLET5
9-Cumplir con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la necesidad de los servicios habilitados en la institución.	x		Cumplí con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la necesidad de los servicios habilitados en la institución.
10- Mantener informada a la enfermera del equipo PIC de las actividades y entrega de informes semanales y/o según requerimiento tanto de la enfermera del equipo y/o de la coordinadora PIC.	x		Mantuve informado al enfermero y psicóloga del equipo PIC de las actividades y entrega de informes semanales y/o según requerimiento tanto de la enfermera del equipo y/o de la coordinadora PIC.
11-Mantener organizado el archivo y la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la organización presentada por la coordinadora del grupo PIC.	x		Mantuve el archivo de la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la organización presentada por la coordinadora del grupo PIC, en el barrio Pedro Daza II etapa e Invasión los mangos y un sector 1 al 5 de cafuches.
12- Guardar discreción sobre la información que conozca en cumplimiento	x		12- Guarde discreción sobre la información que conocí en

 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
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.			cumplimiento del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.
13-Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato se le impartan por parte de la enfermera y o coordinadora.	x		Cumplí con las instrucciones suministradas por el Enfermero y coordinadora del PIC departamental.



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](mailto:administracion@hospitalsanmartinmeta.gov.co)

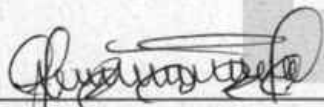
 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	Aprobado 22/01/2020
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

**CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR:** El valor total de la presente contratación es por QUINCE MILLONES DE PESOS (\$15.000.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, **FORMA DE PAGO:** El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato en seis (6) pagos mensuales cada uno por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$2.500.000), y una adición por valor de CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$4.166.667) MONEDA LEGAL VIGENTE y prorroga de Un (01) mes y veinte (20) días a partir de la terminación inicial del contrato. previa presentación de los siguientes requisitos: a) informe de actividades en donde se pueda verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato b) Cuenta de cobro c) Documento para verificación del cumplimiento de las obligaciones con el sistema general de seguridad social, (sistemas de salud y pensiones D). Certificación emitida por el coordinador del PIC donde acredite el cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el cronograma, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el total del contrato.


<b>BALANCE FINANCIERO</b>	
<b>ITEM</b>	<b>BALANCE</b>
Valor inicial del contrato	\$15.000.000 ✓
Valor adicionado	\$4.166.667 ✓
Valor pagado al contratista	\$17.500.000 ✓
Valor a pagar con esta cuenta	\$1.666.667 ✓
Saldo a favor del hospital	\$0 ✓
<b>TOTAL DE SUMAS IGUALES</b>	<b>\$19.166.667</b> ✓ <b>\$19.166.667</b> ✓

**ANEXOS:**

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



**JASBLEYDI MAGE VERGARA**  
**CC. 40.421.978**

 <b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS</b> Empresa Social del Estado	<b>FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS</b>	<b>VERSION 3</b>	<b>CODIGO FR-CON-16</b>	<b>Aprobado 22/01/2020</b>
	<b>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN</b>	Fecha Actualización <b>22/07/2020</b>	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>				

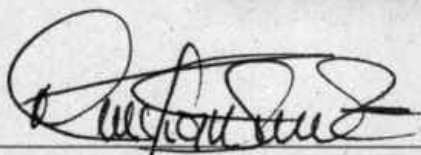
**REVISION Y ANALISIS TECNICO DE CUMPLIMIENTO**

<b>VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO Y RECOMENDACIONES</b>	
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	

<b>RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL</b>
--

**CONCLUSIONES:**

<input type="checkbox"/> APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
<input type="checkbox"/> CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
<input type="checkbox"/> NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	



**CRISTIAN FELIPE SUAREZ 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.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS**  
**NIT. 892.000.458-6**

San Martín de los Llanos, 30 de diciembre de 2025

Doctor  
**CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR**  
Subgerente  
Hospital Local San Martín de Los Llanos  
Ciudad

**ASUNTO: Certificación De Ejecución De Las Actividades Del Contrato Pic Departamental 2025.**

Cordial Saludo,

La presente tiene como finalidad dar fe en el cumplimiento de los siguientes parámetros de la ejecución de las actividades del contrato por prestación de servicios # 164 asignado a la Aux de Enfermería **JASBLEYDI MAGE VERGARA** con CC 40.421.978, demostrando desempeño y responsabilidad en sus actividades contractuales.

1. Cumplimiento en la entrega de actividades programadas: 100 %
2. Cumplimiento en la calidad de las actividades ejecutadas: 100%
3. Aptitudes profesionales para la ejecución del contrato, participación en equipo responsabilidad y cumplimiento en envió de información requerida
4. realizo caracterización de los hogares priorizados en el Territorio asignado, ejecutando canalización efectiva, formatos debidamente diligenciados e información en aplicativo epicollet5..

Cordialmente,

Jenny Ruiz Garzón

**Coordinadora**

**Pic Departamental San Martín**

Cel.: 3102105336

picdepartamentalsanmartin@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal
CC-40421978	MAGE VERGARA JASBELOYI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL
Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	Exonerado SENA e ICBF
55533355		No	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clase	Tipo	Fecha
Pensión	Pago	Planilla	Pago
2023-11	9995450018	I	2023/12/18
36859149	3023/11/26	BANCO DE OCCIDENTE	0
Valor		\$440,500	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO		NOVEDADES			PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES						
No	Identificación	Nombre	Intervención	Fecha	IBIC	Aporte	Cuota	Dias	IBIC	Aporte	CCF	IBIC	Tarifa	Aporte	Dias	IBIC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total aportes
<b>SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																			
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																			
Ciudad: SAN MARTIN Depto: META (1 Afiliados)																			
1	40421978	MAGE JASBELOYI			95-14	30	EP939	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>Afiliados(1)</b>																	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,764	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>



RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	25-14	900,336,004	7	1	5227,800	50	50	5227,800
COLPENSIONES				1	5227,800	50	50	5227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-23	860,011,153	6	1	534,700	50	50	534,700
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS				1	534,700	50	50	534,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EP5037	900,156,264	2	1	\$178,000	50	50	\$178,000
NUEVA E.P.S.				1	\$178,000	50	50	\$178,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>\$440,500</b>

Señor(a) : JASBLEYDI MAGE VERGARA 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 12/15/2025 5:06:55 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.	Cajas CF	Salud		
C	9496375916	APORTES EN LINEA	2025-12-12	2025-12-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	9495456018	APORTES EN LINEA	2025-11-26	2025-11-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	9492595013	APORTES EN LINEA	2025-11-04	2025-10-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	9492366870	APORTES EN LINEA	2025-09-25	2025-09-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	9490822862	APORTES EN LINEA	2025-08-26	2025-08-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	79115127	ENLACE OPERATIVO	2025-07-18	2025-07-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	78583604	ENLACE OPERATIVO	2025-06-17	2025-06-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	78190588	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	30		
C	78190588	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	30		
C	78117482	ENLACE OPERATIVO	2025-05-26	2025-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	30		
C	78078165	ENLACE OPERATIVO	2025-05-22	2025-03-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	17800	22800	0	0	3		
C	78078188	ENLACE OPERATIVO	2025-05-22	2025-04-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	30		
C	9483335956	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	140500	0	0	30		
C	9483335956	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	26400	0	0	30		
C	9483335663	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-04-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	140500	0	0	30		
C	9483335663	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-04-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	26400	0	0	30		
C	75434757	ENLACE OPERATIVO	2025-01-08	2025-01-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	41600	53200	8100	0	7		
C	75434539	ENLACE OPERATIVO	2025-01-08	2024-12-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	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 dirijase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.