

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

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO		BENEFICIARIO		NIT O CEDULA	
164 ✓		JASBLEYDI MAGE VERGARA		40.421.978	
PAGO O FACTURA No		FECHA DE LA FACTURA		VALOR	
5 ✓		30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 ✓		\$ 2.500.000 ✓	
PERIODO					
01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 ✓					

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 X AH 558201556

CDP NUMERO

000646 ✓

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	\$15.000.000 ✓	
+ ADICIONES	\$0 ✓	
= VALORES TOTALES	\$15.000.000 ✓	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	\$10.000.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$2.500.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$12.500.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$2.500.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	\$2.500.000 ✓	

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 ; 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) ✓

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

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
Nueva Eps	9492368670 ✓	\$178.000 ✓
Colpensiones		\$227.800 ✓
Positiva		\$34.700 ✓

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

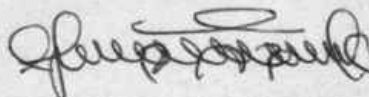
NOMBRE DEL CONTRATISTA


FIRMA

JASBLEYDI MAGE VERGARA

JASBLEYDI MAGE VERGARA

40.421.978




 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS 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
DOCUMENTO CONTROLADO				

FECHA DE SUPERVISIÓN	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
NUMERO CONTRATO	164
CONTRATANTE: NIT	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS. NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA C.C.:	JASBLEYDI MAGE VERGARA 40.421.978
OBJETO:	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
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	QUINCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$15.000.000)
PLAZO:	SEIS (6) MESES A PARTIR DE ACTA DE INICIO.
PERIODO A COBRAR:	01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE. (\$2.500.000)


AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES	NA	NA
PRORROGAS	NA	NA
ADICIONES	NA	NA


EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1-Participar de las reuniones y capacitaciones convocadas por la coordinadora PIC del hospital.	X		Participe en reuniones Los días: 05-09-2025 Supervisión al equipo PIC en el microterritorio 3 por parte de la coordinadora del programa PIC y el supervisor de la secretaría de Salud Departamental.

 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
DOCUMENTO CONTROLADO				


			<p>08-09-2025 Realicé acompañamiento a los profesionales del equipo PIC en busca de familias pendientes por intervención.</p> <p>11-09-2025 Reunión de seguimiento con profesionales del equipo y coordinadora del programa.</p> <p>13-09-2025 Reunión de seguimiento con profesionales del equipo y coordinadora del programa, para revisión de intervenciones de familias.</p> <p>18-09-2025 Reunión de seguimiento con profesionales del equipo y coordinadora del programa, para revisión de intervenciones de familias.</p> <p>20-09-2025 acompañamiento a jornada de vacunación y desparasitación en HLSM.</p> <p>30-09-2025 Entrega de desparasitantes con la psicóloga del programa en el colegio Semillas del futuro.</p>
<p>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.</p>	x		<p>Se realizaron las atenciones en salud programadas para este mes.</p>
<p>3-Realizar la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado.</p>	x		<p>Realicé la planeación y cronograma mensual de actividades correspondiente al perfil contratado el día 01-09-2025.</p>
<p>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.</p>	x		<p>Realicé las intervenciones a las familias en el territorio 1 micro territorio 3.</p>
<p>5-Apoyar la actualización semanal de la cartografía social y mapeo del territorio</p>	x		<p>Apoyé la actualización semanal con visitas domiciliarias en el territorio 1</p>

 <p>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado</p>	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
	DOCUMENTO CONTROLADO			

<p>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, mapas y demás que considere la coordinadora.</p>			<p>micro territorio 3 interviniendo 56 familias. Identificando viviendas con población : gestante 0 personas, primera infancia 11 personas , discapacitada 02 personas, hasta la fecha en total 400 familias entre caracterización y actualización, 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 archivo editable y escaneadas, y demás documentos que considero la coordinadora.</p>
<p>6- identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación en coordinación con el área de trabajo social.</p>		x	<p>Se realizó la gestión encontrando una persona no afiliada al sistema de salud, para este periodo.</p>
<p>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.</p>	x		<p>Diligencie los datos de las familias intervenidas en el aplicativo EPICOLLECT5, listados de asistencia, APGAR familiogramas.</p>
<p>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.</p>	x		<p>Participe activamente en las actividades programadas por la secretaría de salud para contribuir a la mejora continua entre otros los días:</p> <p>13-09-2025 Reunión para revisión de las intervenciones de familia con Coordinadora equipo PIC .</p> <p>18-09-2025 Reunión para revisión de las intervenciones de familia con Coordinadora equipo PIC .</p>
<p>9-Cumplir con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la</p>	x		<p>Cumplí con las obligaciones generales del contrato y las demás actividades inherentes al objeto contractual, según la necesidad de</p>

 <p>HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado</p>	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
	DOCUMENTO CONTROLADO			

necesidad de los servicios habilitados en la institución.			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 informada 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 y Cafuches etapa I y II.
12- Guardar discreción sobre la información que conozca en cumplimiento del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.	x		12- Guarde discreción sobre la información que conocí en 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.

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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
	DOCUMENTO CONTROLADO			


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**), 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.

BALANCE FINANCIERO	
ITEM	BALANCE
Valor inicial del contrato	\$15.000.000 ✓
Valor adicionado	\$0
Valor pagado al contratista	\$10.000.000 ✓
Valor a pagar con esta cuenta	\$2.500.000 ✓
Saldo a favor del hospital	\$2.500.000 ✓
TOTAL DE SUMAS IGUALES	\$15.000.000 ✓ \$15.000.000 ✓

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

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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
	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	

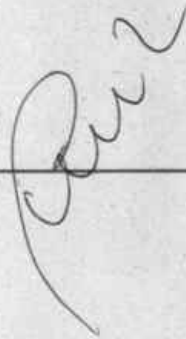
RECOMENDACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL

CONCLUSIONES:

APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	/
CONDICIONADO POR CUMPLIMIENTO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	
NO APROBADO PARA RECONOCIMIENTO DE PAGO	

YOTJANA REY LONDOÑO:

VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO





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

San Martín de los Llanos, 02 de octubre de 2025

Doctora
YOTJANA REY LONDOÑO
Subgerente
Hospital Local San Martín de Los Llanos
Ciudad

ASUNTO: Apoyo Para La Certificación De Ejecución De Las Actividades Del Contrato 0993 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 envío de información requerido: **Bueno**
4. A corte 30 de septiembre realizo caracterización y/o actualización de **400** familias en el Territorio 1 en el microterritorio 3, realizando canalización efectiva, cargando soportes en epicollet5 y drive.

Cordialmente,

Jenny Ruiz Garzón

Coordinadora

Pic Departamental San Martín

Cel.: 3102105336

picdepartamentalsanmartin@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 40011978		MAGE VEBUJARA JARBLEYDI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ B CASA 3 BARRIO SAN JORGE 1	SAN MARTIN-META	5555325	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-09	10000047N	9492344670	1	2025/10/23	2025/09/25	BAHCO DE BOGOTA	0	\$440,500	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORSA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ATP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
NUOVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dy	MAGE VERGARA JASLEYDI		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		M2 B CASA 3 BARRIO SAN JORGE 1		SAM MARTIN META		5055355		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Periodo	Salud	1000000476		I		2025/10/10		2025/09/25		5440,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Superal PENSION (1 afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000	
Ciudad: SAM MARTIN Depto: META (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000	
1	CC	10421972	MAGE JASLEYDI	25-14	30	\$227,800	EPSUBP	30	\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$178,000	

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 9/30/2025 12:45:19 PM

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 9/30/2025 12:45:19 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 o Seguridad Social Pagados				Días Aportados		
	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Periodo Saldo	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajita CF	Salud	Pensión		Riesgos L.	Cajita CF
C	9482368670	APORTES EN LINEA	2025-09-25	2025-09-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	178000	227800	34700	0	30
C	9490822662	APORTES EN LINEA	2025-08-26	2025-08-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	178000	227800	34700	0	30
C	79115127	ENLACE OPERATIVO	2025-07-18	2025-07-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	178000	227800	34700	0	30
C	78583604	ENLACE OPERATIVO	2025-06-17	2025-06-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	0	178000	227800	34700	0	30
C	78190580	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	178000	227800	0	0	30
C	78190588	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	178000	227800	0	0	30
C	78117482	ENLACE OPERATIVO	2025-05-26	2025-05-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	178000	227800	0	0	30
C	78078165	ENLACE OPERATIVO	2025-05-22	2025-03-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	228000	0	0	178000	228000	0	0	3
C	78078168	ENLACE OPERATIVO	2025-05-22	2025-04-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	178000	227800	0	0	30
C	9483335663	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-04-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	1098000	26400	0	0	1098000	26400	0	0	30
C	9483335663	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-04-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	1098000	140500	0	0	1098000	140500	0	0	30
C	9483335956	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-05-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	1098000	26400	0	0	1098000	26400	0	0	30
C	9483335956	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-05-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	1098000	140500	0	0	1098000	140500	0	0	30
C	75434539	ENLACE OPERATIVO	2025-01-06	2024-12-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	162500	208000	31700	0	30
C	75434757	ENLACE OPERATIVO	2025-01-06	2025-01-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	41600	53200	8100	0	41600	53200	8100	0	7
C	74608387	ENLACE OPERATIVO	2024-11-27	2024-11-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	162500	208000	31700	0	30
C	73848250	ENLACE OPERATIVO	2024-11-21	2024-10-01	CC-40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	162500	208000	31700	0	30

 HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN 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
DOCUMENTO CONTROLADO				

**LA SUSCRITA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS
NIT: 892.000.458-6**

En su condición de supervisora del 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 septiembre de dos mil veinticinco (2025).



YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó 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@hospital-sanmartinmeta.gov.co