

**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	
4 ✓		30 DE AGOSTO DE 2025 ✓		\$ 2.500.000 ✓	
PERIODO					
01 AL 30 DE AGOSTO 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	556201556
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	\$7.500.000 ✓	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	\$2.500.000 ✓	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	\$10.000.000 ✓	
= VALOR NETO A CANCELAR	\$2.500.000 ✓	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	\$5.000.000 ✓	

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 NÚMERO 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 AGOSTO 2025 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018) ASÍ:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
Nueva Eps	9490822862 ✓	\$178.000 ✓
Colpensiones		\$227.800 ✓
Positiva		\$34.700 ✓

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

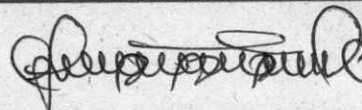
NOMBRE DEL CONTRATISTA


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 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				

FECHA DE SUPERVISION	30 DE AGOSTO 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 MAGÉ 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 AGOSTO 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: 01 al 02-08-2025 Alistamiento de papelería y herramientas de trabajo para el festival de la salud, entrega de invitaciones a las diferentes entidades, para el acompañamiento. 03-08-2025 Primer Festival de la Salud, en el polideportivo Barrio Pedro Daza, del equipo PIC, con acompañamiento del

	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>gerente y el supervisor del programa de la secretaria de Salud.</p> <p>08-08-2025 Reunión equipo PIC, Gerente y subgerente y supervisor de la secretaria de salud.</p> <p>12-08-2025 Reunión equipo PIC, con gerente y subgerente del HLSM.</p> <p>13-08-2025 Reunión para revisión de papelería con Coordinadora equipo PIC .</p> <p>20-08-2025 Reunión con coordinadora, y nueva psicóloga del programa.</p> <p>22-07-2025 Primer Festival rural de la Salud, en la vereda Gualas, del equipo PIC, con acompañamiento del gerente y coordinador del HLSM.</p> <p>23 al 31 de agosto-2025, acompañamiento a la a la psicóloga y al jefe para los seguimientos de las familias.</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.	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 01-08-2025.
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 1 micro territorio 3.
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,	x		Apoyé la actualización semanal con visitas domiciliarias en el territorio 1 micro territorio 3 interviniendo 74 familias. identificando viviendas con población : gestante 1 personas, primera infancia 15 personas ,

 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>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>discapacitada 11 personas, 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 con IPS asignada en otro municipio 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: 12-08-2025 Reunión equipo PIC, con gerente y subgerente del HLSM.</p> <p>13-08-2025 Reunión para revisión de papelería con Coordinadora equipo PIC .</p>
<p>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.</p>	x		<p>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.</p>
<p>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.</p>	x		<p>Mantuve informada a la enfermera 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.</p>
<p>11-Mantener organizado el archivo y la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la organización</p>	x		<p>Mantuve el archivo de la papelería diligenciada en forma ordenada y clasificada de acuerdo a la</p>

 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				

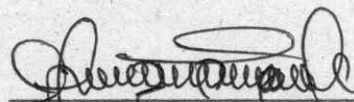
presentada por la coordinadora del grupo PIC.			organización presentada por la coordinadora del grupo PIC, en el barrio Pedro Daza y Cafuches.
12- Guardar discreción sobre la información que conozca en cumplimiento del desarrollo del objeto del contrato y total confidencialidad en la misma frente a terceros.	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 la Enfermera y coordinadora del PIC departamental.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR: El valor total de la presente contratación es por QUINCE MILONES 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	\$7.500.000 ✓
Valor a pagar con esta cuenta	\$2.500.000 ✓
Saldo a favor del hospital	\$5.000.000 ✓
TOTAL DE SUMAS IGUALES	\$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 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			

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:

<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	

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, 30 de agosto 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 agosto realizo caracterización y/o actualización de **74** familias en el microterritorio asignado, para un total de **344** familias en actualización esta información verificada en aplicativo Epicollet a la fecha.

Cordialmente,

Jenny Ruiz Garzón

Coordinadora

Pic Departamental San Martín

Cel.: 3102105336

picdepartamentalsanmartin@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC-40421978		MAGE VERGARA JASLEYDI	INDEPENDIENTE
Telefono	Exonerado SENA e ICBF	Direccion	Ciudad-Departamento
5555555	No	AZ B CASA 3 BARRIO SAN JORGE 1	SAN MARTIN-META

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
2025-08	949082862	Planilla	2025/09/17
Salud	Pago	Limite	Pago
1000000694		2025/09/17	2025/09/26
			Banco
			DIAS MORA
			0
			Valor
			\$440,500

RESUMEN DE PAGO				SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)							
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)							
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)							
NUEVA E. P. S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MAGE VERGARA JASBLEYDI		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		MZ B CASA 3 BARRIO SAN JORGE 1		SAN MARTIN-META		5555555		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor			
Penión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Banco	Dias Mora	Valor				
2025-08	2025-08	1000000694	9490822862	1	1	2025/09/17	2025/09/17	BANCO DE BOGOTA	BANCO DE BOGOTA	0	\$40,500				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte						
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$0	\$0		
Ciudad: SAN MARTIN Dpto: META (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$0	\$0		
1	40021978	MAGE JASBLEYDI	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5037	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700					0	\$0	\$0									
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700						\$0	\$0									

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 9/1/2025 8:21:24 AM

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 9/1/2025 8:21:25 AM. 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	Período Salud	Identificación	Razón Social	Sólo	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud	
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	78190598	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	0	0	30	
C	78190598	ENLACE OPERATIVO	2025-05-30	2025-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	178000	227800	34700	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	9483335663	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-04-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	26400	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	9483335956	APORTES EN LINEA	2025-03-25	2020-05-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	109800	140500	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	
C	74608387	ENLACE OPERATIVO	2024-11-27	2024-11-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	30	
C	73848250	ENLACE OPERATIVO	2024-11-21	2024-10-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	30	
C	72844332	ENLACE OPERATIVO	2024-10-18	2024-09-01	CC 40421978	MAGE VERGARA JASBLEYDI	162500	208000	31700	0	30	

 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
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 agosto de dos mil veinticinco (2025).



YOTJANA REY LONDOÑO
 Subgerente

Proyecto: Dra. Yotjana Rey Londoño - Subgerente	Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente	Digo: 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