

**VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO**

CÓDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSION	Documento Controlado
TH-FVC-13	01-04-2024	6	Página 1 de 1

**1. DATOS QUE INTEGRAN LA CUENTA - CONTRATISTA:**

**IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO:**

CONSECUTIVO NUMÉRICO DE LA CUENTA:	4
CONTRATO No.	2026 - 031
CONTRATISTA:	ERIKA JOHANA HERNANDEZ QUEVEDO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.123.511.216
DEPENDENCIA:	DIRECCION DE SERVICIOS CENTRALES – RAYOS X
PERÍODO DE COBRO:	DURANTE EL MES DE ABRIL
NOVEDAD:	ADICION Y PRORROGA SUSCRITA AL 13 DE FEBRERO 2026

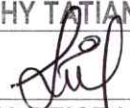
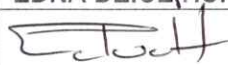
Nota: El CONTRATISTA deberá integrar los datos de identificación del contrato, de igual forma, deberá integrar la cuenta de cobro conforme a las exigencias del contrato según la cláusula "FORMA DE PAGO" y, los requerimientos y anexos establecidos en la cláusula de las "OBLIGACIONES ESPECÍFICAS".

**2. DATOS DE REVISIÓN – SUPERVISOR - CONTRATACIÓN:**

**LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA CUENTA DE COBRO**

ITEM	SI	NO	NA
Factura Electrónica o Documento Equivalente:	X		
Informe de Gestión Contratista:	X		
Acta de ingreso al Almacén:			Y
Certificación de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales. Planilla de seguridad social:	X		
Certificado de Cumplimiento del Coordinador del Área:			X

**REGISTRO DE RECEPCIÓN**

FECHA DE RECEPCIÓN:	30/04/2026	NÚMERO DE FOLIOS:	
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA:	ANJHY TATIANA MARTINEZ CHISCO		
FIRMA DE RECIBIDO:			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	EDNA DEICE HURTADO PEREZ		
FIRMA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN (SUPERVISOR):			

Nota: La recepción de la cuenta implica única y exclusivamente la verificación de las formalidades y el contenido, se entiende que la cuenta queda plenamente radicada cuando esta cumple y no requiere correcciones. De existir correcciones, la cuenta no se tomará como radicada.

**3. VERIFICACION REQUISITOS PARA EL PAGO - TESORERÍA**

DOCUEMNTOS	SI	NO	NA	Vo. Bo. RESPONSABLE
Informe de Supervisión:				
Certificado de Supervisión:	✓			
Obligación presupuestal:				
Causación Contable:				
Comprobante de Pago (Egreso)				
Certificación Bancaria:				No requiere firma
Acta de Terminación y/o Liquidación (Cuando Aplique):				No requiere firma
<b>FIRMA APROBACIÓN:</b>				<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N 17**

Decreto 522 de 2003 art 3, Art 617 del Estatuto Tributario

FECHA: 30 -- ABRIL - 2026			
<b>DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE</b>		<b>DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO</b>	
Razón Social: <b>HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E</b>		Nombre: ERIKA JOHANA HERNANDEZ QUEVEDO	
NIT: <b>900.004.059-7</b>		Identificación: 1.123.511.216	
Teléfono: <b>6751118</b>		Teléfono: 3180471205	
Dirección: <b>CARRERA 8 No15 VIA CACAYAL CASTILLA LA NUEVA</b>		Dirección: MZ CASA 22 APARTAMENTO 201 CASTILLA LA NUEVA	
		Cod. Actividad:8610	
<b>Descripción</b>	<b>cantidad</b>	<b>V. Unitario</b>	<b>V. Total</b>
PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE RADIOLOGIA PARA LA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE. SEGUN CONTRATO No. 2026 - 031 PERIODO COMPRENDIDO DURANTE EL MES DE ABRIL	1	\$ 2.500.000	\$ 2.500.000
<b>SON: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS</b>			<b>\$ 2.500.000</b>

OBSERVACIONES: CERTIFICO QUE PAGUE SALUD, PENSION Y ARL, CORRESPONDIENTE AL MES

NUMERO DE LA PLANILLA DE SEGURIDAD: 9503176467  
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No 91226478863

Certifico que mis ingresos mencionados en el artículo 103 del Estatuto Tributario, las realizo como persona natural y manifiesto que no he contratado o vinculado más de dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad para desarrollar el objeto y las obligaciones contractuales con el Hospital de Castilla la Nueva ESE. Por lo anterior solicito que se me aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta el artículo 383 del Estatuto Tributario.

ERIKA JOHANA HERNANDEZ

1.123.511.216 DE CASTILLA LA NUEVA - META

## INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA N 4

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	2026 - 031	VALOR \$	\$ 5.000.000	SUPERVISOR	EDNA DEICE HURTADO PEREZ
ADICIÓN	100%	VALOR ADICIÓN	\$ 5.000.000	VALOR TOTAL	\$ 10.000.000
CONTRATISTA	ERIKA JOHANA HERNANDEZ QUEVEDO		C.C Y/O Nit	1.123.511.216	
NOVEDADES	N/A				
DEPENDENCIA	DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL				
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS EN RADIOLOGIA PARA LA TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S. E				
PLAZO INICIAL	(TRES 2) MESES	FECHA INICIACIÓN	08/01/2026	FECHA TERMINACIÓN	07/03/2026
PRORROGA	(TRES 2) MESES	FECHA INICIACIÓN	08/03/2026	FECHA TERMINACIÓN	07/05/2026
2 INFORME DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES REALIZADAS					
2.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA			2.2 DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN EL PERIODO CONTRACTUAL		
1. Iniciar la ejecución del presente contrato una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello			Se inicio la ejecución del presente contrato una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello		
2. Dar el mejor trato posible a los usuarios de los servicios asistenciales, en forma personalizada, integral y continúa, respetando sus valores, costumbres y creencias (siempre que no vayan en contravía del deber profesional para el cuidado de la salud).			Se dio el mejor trato posible a los usuarios de los servicios asistenciales, en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias (siempre que no vaya en contravía del deber profesional para el cuidado de la salud)		
3. Recibir y atender a los pacientes citados y los que surjan en la disponibilidad, para exámenes de Rayos X			Se recibieron y se atendieron los pacientes citados y los pacientes enviaos por urgencias		
4. Ordenar el material y los equipos para las correspondientes tomas, utilizando en debida forma las herramientas y los equipos del área. Abstenerse de prácticas desleales para con el HOSPITAL.			Se ordenó material y equipos para la debida toma de rayos x se utilizaron las herramientas y los equipos adecuados, me abstengo de hacer prácticas desleales		
5. Garantizar que se cubran las exigencias de EL HOSPITAL en cuanto a las actividades que se deban realizar para ejecutar la Prestación del Servicio.			se garantizó ejecución del contrato con forme a lo estipulado en el contrato		
6. Realizar el envío del Dosímetro inmediatamente recibido el nuevo servicio.			Se garantizo el envio del dosímetro y se rebicio el dosímetro nuevo		
7. Responder por el valor del dosímetro en caso de daño o de no enviarlo en los términos fijados ejecución del presente contrato.			Se respodera por el valor del dosimetro en caso de daño o de no enviarlo en los términos establecidos		
8. EL CONTRATISTA prestará sus servicios en el siguiente horario: A. Servicio ordinario de Lunes a Viernes en el horario			Se prestó el servicio de radiología en los horarios establecidos por el contrato asi mismo un fin de semana cada 15 dias y cuando se requiera bajo		

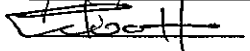
<p>entre las 11:00 am hasta las 4:00 pm, y B. Servicio de disponibilidad cada quince (15) para los fines de semana en todo el horario y siempre que se requiera bajo criterio razonable.</p>	<p>criterio</p>		
<p>9. El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR.</p>	<p>Se pone a disposición el servicio de radiología y las actitudes correctas que me permitan representar los valores de la entidad, se pone en practica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y en el ambiente profesional</p>		
<p>10. EL CONTRATISTA entiende que el servicio que presta a la entidad es especial, ya que está sujeto a la atención del área de urgencias, lo anterior implica que el contratista debe estar disponible para prestar sus servicios de forma extraordinaria y por la necesidad del servicio, en horarios nocturnos, fines de semana y festivos. PARAGRAFO: Esta obligación implica que el contratista no estará permanentemente en este horario extraordinario, sino que asistirá mediante llamado, por razones de una urgencia que lo amerite y a criterio razonable de los médicos.</p>	<p>Se presta servicio de radiología entre semana en el horario establecido por el contrato y un fin de semana cada 15 días y siempre que se requiera bajo criterio razonable</p>		
<p>11. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.</p>	<p>SE CUMPLEN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTION Y PLANES DE MEJORAMIENTOS</p>		
<p>12. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución</p>	<p>Lo que se deribe del contrato y que garantice su cabal y oportuna ejecución</p>		
<p><b>3 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO</b></p>			
<p><b>4 PERÍODO DEL REPORTE</b></p>	<p>DURANTE EL MES DE ABRIL</p>	<p><b>5 FECHA DE ELABORACIÓN</b></p>	<p>30/04/2026</p>
<p><b>6 ANEXOS TÉCNICOS</b></p>			
<p><b>7 FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>			

### ANEXO No. 1

**Objetivo:** Describir las actividades desarrolladas durante el periodo por parte del contratista y que hagan parte integral de la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.

ITEM	ACTIVIDAD	TIEMPO / CANTIDADES
1	TOTAL, RAYOS X PROCESADOS DURANTE EL MES DE ABRIL POR URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	88
2	TOTAL, DE SOLICITUD DE ORDENES ATENDIDOS POR URGENCIAS FINES DE SEMANA	76
3	TOTAL, DE SOLICITUD DE ORDENES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA	12
4	TODAS LAS RADIOGRAFIAS SE SUBEN DIARIAMENTE AL SISTEMA	SI
5	ENVIO DE LECTURAS DE RAYOS X A PACIENTES	NO TENEMOS LECTURA POR EL MOMENTO

Observaciones jefe de áreas: A partir del día 4/10/26 no se cuenta con profesional para las lecturas.



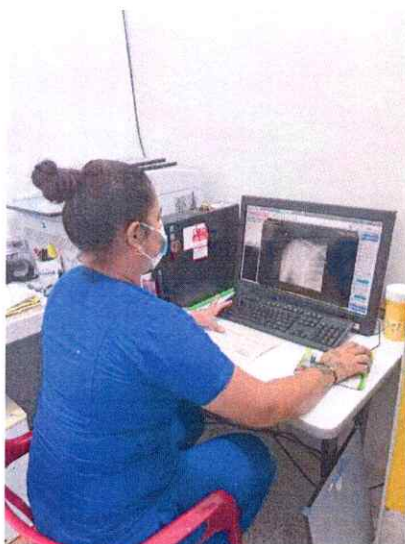
VoBo Jefe área



VoBo Supervisor

## ANEXO No.2

**Objetivo:** Registrar de manera fotográfica las actividades desarrolladas durante el periodo por parte del contratista y que hagan parte integral de la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.



Observaciones jefe de área: Durante el mes se presenta Novedad en la prestación del servicio a partir del día 20 cumpliendo disponibilidad y asistiendo una hora en la mañana y tarde..

Zeta

VoBo Jefe área

Zeta

VoBo Supervisor

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1123511216		HERNANDEZ ERIKA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4 # 9 - 60	CASTILLA LA NUEVA-META	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	233145909	9503176467	1	2026/05/07	2026/04/17	NEQUI	0	\$499,100

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	Dias	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: CASTILLA LA NUEVA Depto: META ( 1 Afiliados)						\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1123511216	HERNANDEZ ERIKA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123511216		HERNANDEZ ERIKA JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4 # 9 - 60	CASTILLA LA NUEVA-META	5555555	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-04	2026-04	233145909	9503176467	I	2026/05/07	2026/04/17	NEQUI		0	\$499,100

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$499,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$499,100</b>		

*OK*

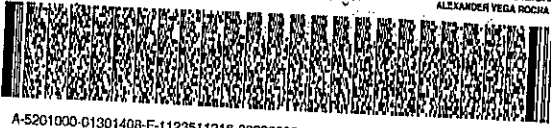
**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NÚMERO **1.123.511.216**  
**HERNANDEZ QUEVEDO**  
 APELLIDOS  
**ERIKA JOHANA**  
 NOMBRES  
*ERIKA HERNANDEZ*  
 FIRMA




**FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1990**  
**CASTILLA LA NUEVA**  
 (META)  
**LUGAR DE NACIMIENTO**  
**1.73** **O+** **F**  
 ESTATURA: G.S. RH SEXO  
**30-OCT-2008 CASTILLA LA NUEVA**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 ALEXANDER YEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-5201000-01301408-F-1123511216-20220608 0079850831A 1 8504772519

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141189126500



(415)7707212489984(8020) 000014118912650 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 3 5 1 1 2 1 6

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 1 2 3 5 1 1 2 1 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

31. Primer apellido

HERNANDEZ

32. Segundo apellido

QUEVEDO

33. Primer nombre

ERIKA

34. Otros nombres

JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Castilla la Nueva

1 5 0

41. Dirección principal

CL 4 8 104 BRR LA SHELL

42. Correo electrónico

lindaerika1990\_28@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 5 8 1 7 6 1 0 7

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 1

2 0 2 1 0 1 0 1

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2025-07-02 / 02:55:26PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ QUEVEDO ERIKA JOHANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

# CERTIFICACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

## ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

En cumplimiento al artículo 50 de la ley 789 de 2002. Yo; Erika Johana Hernandez, quien se identifica con cédula de Ciudadanía No. 1-123.511.216 expedida en Castilla la Nueva (Meta), bajo la gravedad de juramento, **CERTIFICO** que cumplo con lo que la ley dispone respecto al pago de los aportes de salud, riesgos laborales, y pensión, por lo que, a la fecha, he realizado los aportes correspondientes a mi relación contractual con el Hospital de Castilla la Nueva ESE del presente periodo a informar.

### Anexo Planilla de Aportes al sistema de seguridad social.

En constancia se firma en Castilla la Nueva (Meta) a los 30/04/2026 días del mes de Abril de 2026.

Cordialmente,

Firma: Erika Hernandez

Nombre: Erika Johana Hernandez

C.C: 1-123.511.216

YH OK  
Vo. Bo. YULY VIVIANA MORA GARCIA  
TECNICO ADMINISTRATIVO - SG-SST



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT 900.004.059-7

CERTIFICACIÓN SUPERVISOR

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 4 de 5



EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E, ACTUANDO EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL No. 2026-031

CERTIFICACION N° 4

Que, la señora ERIKA JOHANA QUEVEDO, quien se identifica con C.C. No 1.123.511.216 Castilla La Nueva de (Meta) ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato **2026-031** cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS TÉCNICOS DE RADIOLOGÍA PARA LA TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.", desde el 01/04/2026 al 30/04/2026, cumpliendo con el pago de seguridad social integral d conformidad con lo establecido en la ley de acuerdo a los soportes presentados por la contratista.

Con base en lo anterior, como SUPERVISOR viabilizo el pago correspondiente, esto es, la suma equivalente a DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 2.500.000.00) M/CTE.

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución	DOS (2) MESES	
Prórroga al Termino de Ejecución	NA	
RP - No.	000031	
RP - No. Adición	0201	
Fecha de Inicio y Terminación	Inició: 08/01/2026	Termina 07/05/2026
Valor Inicial del Contrato	\$	5.000.000
Valor Adicionado al Contrato (13/02/2026)	\$	5.000.000
Valor Total del Contrato	\$	10.000.000
Valor Ejecutado del Contrato	\$	9.416.667
Valor Pagado	\$	6.916.667
Valor a Pagar en el Presente Periodo	\$	2.500.000
Valor Por Ejecutar	\$	583.333

Se expide en Castilla la Nueva - Meta, al treinta (30) día del mes de abril de dos mil veintiséis (2026).

EDNA DEICE HURTADO PÉREZ  
Profesional Universitario

Elaboró: Edna Deice Hurtado Pérez Profesional Universitario	Revisó: Cristian Camilo Torres García Asesor Jurídico	Aprobó: Karren Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------