	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO			
	CÒDIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÒN	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:	**No.05 FINAL**
CONTRATO No.	**2026-049**
CONTRATISTA:	**SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	**1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA**
DEPENDENCIA:	**DIRECCION DE SERVICIOS CENTRALES**
PERÍODO DE COBRO:	**01 AL 04 DE MAYO 2026**
NOVEDAD:	**ADICION Y PRORROGA SUSCRITA EL 13 DE FEBRERO DE 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:			X
Certificación de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales. Planilla de seguridad social:	X		
Certificado de Cumplimiento del Coordinador del Área:			

REGISTRO DE RECEPCIÓN			
FECHA DE RECEPCIÓN:	07/may/26	**NÚMERO DE FOLIOS:**	
FUNCIONARIO A QUIEN SE RADICA LA CUENTA:		**ANJHY TATIANA MARTINEZ CHISCO**	
FIRMA DE RECIBIDO:			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO**	
FIRMA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN (SUPERVISOR):		Sandra Garcia	
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:	x			
Obligación presupuestal:				
Causación Contable:				
Comprobante de Pago (Egreso)				
Certificación Bancaria:				No requiere firma
Acta de Terminación y/o Liquidación (Cuando Aplique):				No requiere firma
FIRMA APROBACIÓN:		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 16

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

FECHA: 04 Mayo de 2026	
DATOS DEL COMPRADOR O CONTRATANTE	**DATOS DEL VENDEDOR O QUIEN PRESTA EL SERVICIO**
Razón Social: **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S. E**	Nombre: SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
NIT: **900.004.059-7**	Identificación: 1.123.512.346
Teléfono: **6751118**	Teléfono: 314 435 4793
Dirección: **CRA 8 N° 15 VIA CACAYAL- CASTILLA LA NUEVA**	Dirección Mz i casa 8 Barrio La Pradera Castilla la Nueva – Meta
	Cod. Actividad: 8699

Descripción	**cantidad**	**V. Unitario**	**V. Total**
PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. CONTRATO 2026-049, DURANTE EL PERIODO DE 01 AL 04 DE MAYO 2026.	1	$ 333.334	$ 333.334
SON: TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS MC/TE			**$ 333.334**

OBSERVACIONES:
NUMERO DE LA PLANILLA DE SEGURIDAD: ABRIL 72715975
CUENTA BANCARIA: Banco Caja Social N° 24093170147

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.

SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
CC. 1.123.512.346 de CASTILLA LA NUEVA – META

INFORME DE GESTIÓN DE CONTRATISTA No 5 FINAL

1. DENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	2026-049	**VALOR $**	$ 5.000.000	**SUPERVISOR**	SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
ADICIÓN	100%	**VALOR ADICIÓN**	$ 5.000.000	**VALOR TOTAL**	$ 10.000.000
CONTRATISTA	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA			**C.C Y/O Nit**	1.123.512.346
NOVEDADES	ADICION Y PRORROGA SUSCRITA EL 13 DE FEBRERO DE 2026				
DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS CENTRALES				
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.				
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES	**FECHA INICIACIÓN**	05/01/2026	**FECHA TERMINACIÓN**	04/03/2026
PRORROGA	DOS (2) MESES	**FECHA INICIACIÓN**	05/03/2026	**FECHA TERMINACIÓN**	04/05/2026

2. INFORME DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
2.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	2.2 DESARROLLO DE LAS OBLICACIÓNES ESPECÍFICAS EN EL PERÍODO CONTRACTUAL
1. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato.	Se cumple a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato.
2. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos).	Se realizan actividades en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos).
3. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación.	Se realizo aplicación inmunobiológica según esquema de vacunación INTRAMURAL como EXTRAMURAL. seguimiento y diligenciamiento a las cohortes menores 6 años diligenciamiento registro diario de vacunación registro diario vacunación fiebre amarilla población mayor de 60 años. notas de enfermería en el sistema prosotf toma, registró y control de temperatura de los biológicos, verificación en el aplicativo pai web diligenciamiento rips Facturación de biológicos administrados.

4. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales.	Se realiza seguimiento a las cohortes de las Gestantes para la verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales.
5. Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones.	Se realizo aplicación inmunobiológica según esquema de vacunación INTRAMURAL como EXTRAMURAL. seguimiento y diligenciamiento a las cohortes menores 6 años diligenciamiento registro diario de vacunación notas de enfermería en el sistema prosotf verificación en el aplicativo pai web diligenciamiento rips Facturación de biológicos administrados.
6. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal.	Durante el periodo No se realiza transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal.
7. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social.	Durante el periodo se programaron jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social.
8. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva.	Se apoya encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva.
9. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva.	Se apoya la estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva.
10. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas.	Se apoya las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas.
11. EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, utilizará los vehículos autorizados para transportarse como pasajera. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios.	Se garantizará el desplazamiento para la prestación de los servicios contratados como pasajera cumpliendo con todas las normas de tránsito y transporte.

12. El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar, y con anexo fotográfico	Con la entrega del presente informe de actividades se consigna información verídica cumpliendo a cabalidad con los requerimientos de a la entidad.
13. Cumplir los lineamientos establecidos para el diseño y/o implementación de los diferentes sistemas de gestión y planes de mejoramiento.	Durante el periodo se cumplen los lineamientos establecidos para el diseño y/o implementación de los diferentes sistemas de gestión y planes de mejoramiento.
14. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato.	Durante el periodo se cumple con las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios.
15. 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	Se pone en práctica los criterios positivos de actitudes frente al paciente y su familia, en el ambiente profesional donde se prestan los servicios siempre con un trato digno y humanizado. Con el fin de cumplir los objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio.
16. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.	Se cumplía a cabalidad.

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO
1. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. **2.** Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. **3.** Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relaciones con el objeto del contrato **4.** Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial

de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **5.** Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. **6.** Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. **7.** Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. **8.** Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. **9.** Presentar por escrito informes que solicite el Hospital a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relaciones los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. **10.** El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. **11.** EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). **12.** El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad expedidos por el ministerio de salud y protección social y deberá contar con sus elementos de protección. **13**. El contratista deberá participar en todas las reuniones convocadas por la gerencia, cuando sea comunicada. **14.** El contratista deberá asistir a todas las capacitaciones relacionadas con la dependencia para la cual prestan sus servicios a excepción de quienes se encuentren en turno. **15.** El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones. **16.** El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente.

1. PERÍODO DEL REPORTE	01 AL 04 DE MAYO 2026	2. FECHA DE ELABORACIÓN	04/05/2026
3. ANEXOS TÉCNICOS	Ver Anexos Adjuntos		
4. FIRMA DEL CONTRATISTA			

ANEXOS

1.Aplicacion inmunobiológicos según esquema de vacunación.

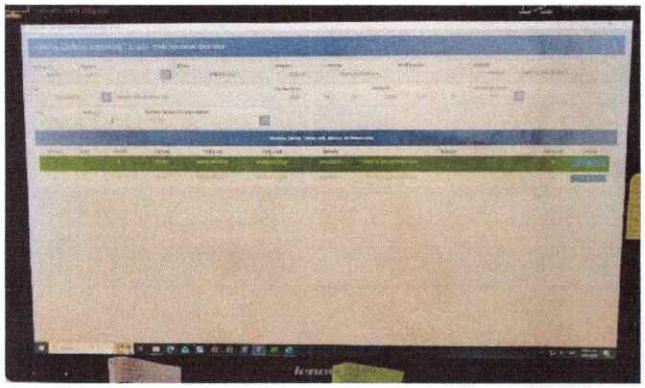




2.Diligenciamiento rips y carnet.



3. Facturación biológicos aplicados.



SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA
AUXILIAR EN ENFERMERIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123512346	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	CASTILLA LA NUEVA	3144354793	catherinequevedo48@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72715975	08/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				



TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1123512346	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA	CASTILLA LA NUEVA	3144354793	catherinequevedo48@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72715975	08/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Estacionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1123512346	QUEVEDO POVEDA SILVIA CATHERINE	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-05-04--1:23:01 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1123512346	SILVIA	CATHERINE	QUEVEDO	POVEDA	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA identificado(a) con CC 1123512346 registra La siguiente información:

2026-05-04--1:23:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	NO DISPONIBLE-3184	2012-08-01	13660	GOBERNACION DEL META
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2012-08-01	13660	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

CERTIFICACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

En cumplimiento al articulo 50 de la ley 789 de 2022. Yo; Silva catherine Acevedo parada, quien se identifica con cédula de Ciudadanía No. 1123512345 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 Cuatro días del mes de mayo de 2026.

Cordialmente,

Firma: _____

Nombre: Silva catherine Acevedo parada

C.C: 1123512345

_____

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

	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 900.004.059-7			
Hospital CASTILLA LA NUEVA	VERIFICACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA CUENTA DE COBRO – CONTRATISTAS			MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	CODIGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSION	Documento Controlado
	SIG-APAG-F36	26/02/2020	4	1 de 1

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS CENTRALES DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E ACTUANDO EN CALIDAD DE SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

2026-049

CERTIFICADO No. 05-FINAL

Que el (o) la contratista, SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA, con CC. No 1.123.512.346 expedida en Castilla la Nueva – Meta, ha cumplido a cabalidad con las obligaciones establecidas en el Contrato No. 2026-049 cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E", durante el periodo comprendido del 1 al 4 de mayo de 2026, cumpliendo con el pago de la seguridad social integral de conformidad con lo establecido en la ley, razón por la cual se autoriza el pago correspondiente a dicho periodo por una suma equivalente a TRECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS MCTE. ($333.334,00).

BALANCE DEL CONTRATO		
Termino de Ejecución		DOS (02) MESES
Prórroga al Termino de Ejecución		DOS (02) MESES
R.P		000070
R.P Prórroga		000200
Fecha de Inicio y Terminación	Inicio 05/01/2026	Termina: 04/05/2026
Valor Inicial del Contrato	$	5,000,000
Valor Adicionado al Contrato	$	5,000,000
Valor Total del Contrato	$	10,000,000
Valor Ejecutado del Contrato	$	10,000,000
Valor Pagado	$	9,666,666
Valor a Pagar en el Presente Periodo	$	333,334
Valor Por Ejecutar	$	-

Se expide en Castilla la Nueva – Meta, a los cinco (05) días del mes de mayo de dos mil veintiseis (2026).

Sandra Garcia

SANDRA MAGNOLIA GARCIA
Director administrativo de servicios centrales

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Sandra Magnolia Garcia	Cristian Camilo Torres Garcia	Karen Dayanna Calvo Aguirre
Supervisor del Contrato	Asesor Juridico Contratación	Subgerente Administrativo y financiero