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

INFORMACION BASICA

NUMERO DE CONTRATO	BENEFICIARIO		NIT O CEDULA
203	DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO		40,421,840
PAGO O FACTURA Nº	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
1	31 DE JULIO DE 2026	$ 3.300.000	JULIO DE 2026

CONCEPTO:

"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LIDERAR EL FORTALECIMIENTO EN LA EJECUCION Y EL SEGUIMIENTO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS"

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

DAVIVIENDA	X	AH	098470011275

CDP NUMERO

000521

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	$18.480.000	
+ ADICIONES		
= VALORES TOTALES	$18.480.000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA		
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$3.300.000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$3.300.000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$3.300.000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	$15.180.000	

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 __X__ NO ____ ; SOY DECLARANTE DE IVA : SI ____ NO __X____

2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 203, DE FECHA DE 01 DE JULIO DE 2026.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 203 DE 2026, POR VALOR DE DIECIOCHO MILLONES CUATROSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($ 18.480.000) MONEDA LEGAL VIGENTE que, el contratante pagará el valor del presente contrato de la siguiente forma: (6) SEIS PAGOS MENSUALES ASÍ: CINCO(5) PAGOS MENSUALES POR TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3,300.000) M/CTE VIGENTE , y un último pago , por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($1,980,000) M/CTE, teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado, LOS CUALES NO SUPERAN MENUSALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011)

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO A SALUD PENSION Y ARL DEL MES DE JULIO 2026 ASÌ :

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
Fondo de Solidaridad y Garantia - FOSYGA	93591511	$218.900,00
COLFONDOS		$280.200,00
POSITIVA		$42.700,00

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO 40,421,840	Diana Vizcaino C

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

FECHA DE SUPERVISION	31 DE JULIO DE 2026
NUMERO CONTRATO	**203-2026**
CONTRATANTE: **NIT**	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS** NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	**DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO** CC 40421840 DE SAN MARTIN (META)
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LIDERAR EL FORTALECIMIENTO EN LA EJECUCION Y EL SEGUIMIENTO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS"
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIECIOCHO MILLONES CUATROSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS **($ 18.480.000)** M/CTE.
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL DIOCIOCHO (18) DE DICIMEBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	JULIO 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($3.300.000) M/CTE

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. Planear, dirigir, organizar, actualizar y velar por el correcto funcionamiento del sistema de Control Interno y la debida implementación de los procesos, procedimientos y lineamientos establecidos en el sistema MIPG.	X		Seguimiento al Sistema de Control Interno y a la implementación del MIPG

2. Capacitar a los funcionarios del Hospital Local de San Martín de los Llanos, de acuerdo a las competencias del área de Control Interno, sobre: Políticas, Visión, Misión, Valores y en coordinación con recurso humano llevar a cabo la capacitación del Reglamento Interno de Trabajo de la entidad.	X		Se dio cumplimiento a las actividades programadas conforme a los lineamientos institucionales, sin novedades durante el período reportado.
3. Brindar apoyo a la gerencia y subgerencia en el proceso de toma decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados y mantener permanentemente informados acerca del estado de control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento.	X		Se remitió oficio a la ESAP solicitando mesa técnica para la actualización de la planta de personal y se presentó a la Gerencia informe de ingresos y gastos de la entidad.
4. Realizar seguimiento a los planes institucionales, plan de acción, estratégico y realizar seguimiento al cumplimiento del Plan anticorrupción y atención al ciudadano – Ley 1474 de 2011.	X		Se realizó seguimiento a los avances de los planes institucionales y verificación de aspectos asociados al cumplimiento de transparencia y acceso a la información pública. Si durante ese período específicamente diligenciaron o revisaron el Formulario ITA de la Procuraduría
5. Realizar apoyo y seguimiento a la presentación de informes y respuesta de documentos ante los entes de control.	X		Se brindó apoyo en la consolidación y revisión de información para la presentación de informes y atención de requerimientos de los entes de control.
6. Elaborar, Programar y ejecutar el plan interno de auditoría a los procesos del Hospital Local de San Martín de los Llanos, en aras de comunicar las fechas de realización de la auditoria.	X		Se elaboró y presentó ante el Comité el Plan de Auditoría para su aprobación, definiendo como objeto de evaluación tres procesos clave: Facturación, Cartera y Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)."
7. Verificar la gestión en la administración de riesgos, dando prelación a puntos de control de mayor probabilidad de ocurrencia del riesgo, al plan de manejo y la identificación de nuevos posibles riesgos, a fin de aplicar y sugerir correctivos y ajustes necesarios.	X		Se incluyó en el Plan de Auditoría la evaluación de la gestión de riesgos para los procesos de Facturación, Cartera y SST, priorizando los controles de mayor probabilidad de ocurrencia y previendo la identificación de nuevos riesgos y planes de manejo durante la ejecución."
8. Liderar la elaboración de los planes de mejoramiento o planes de acción y realizar seguimiento al cumplimiento de los mismos.	X		Establecer la metodología y los compromisos con los líderes de proceso para la elaboración de los

			planes de acción una vez finalizada la fase de evaluación, definiendo los criterios de seguimiento al cumplimiento de los hallazgos identificados."
9. Realizar apoyo, asesoría y acompañamiento al cierre de las acciones de mejora.	X		Programar las jornadas de acompañamiento y asistencia técnica a los líderes de proceso para la estructuración y cierre efectivo de las acciones de mejora derivadas de los hallazgos de auditoría.
10. Liderar reuniones del comité de control interno.	X		Se lideró la sesión del Comité de Control Interno para la presentación y aprobación del Plan de Auditoría, programando las siguientes reuniones para la socialización de avances y resultados de los procesos de Facturación, Cartera y SST.
11. Elaborar los informes liderados de control interno o quien haga sus veces en el Hospital Local de San Martín de los Llanos, como son: (Informe Ejecutivo anual de Control Interno, Evaluación Control Interno Contable, Informe de austeridad del gasto público, Informe Semestral del estado del sistema de control, informe sobre Derechos de Autor Software, Informe semestral de Seguimiento y evaluación PQRSDF.	X		Se elaboraron y publicaron en la página web oficial del Hospital Local de San Martín de los Llanos los informes de Ley correspondientes al semestre, incluyendo: Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, Evaluación del Control Interno Contable, Austeridad del Gasto Público, Estado del Sistema de Control Interno, Derechos de Autor de Software y Seguimiento a PQRSDF."
12. Realizar auditoria o seguimiento y evaluación al sistema de MIPG con la herramienta del FURAG.	X		Se socializó el diagnóstico FURAG en el Comité institucional y actualmente se adelanta el monitoreo al cumplimiento de las recomendaciones y oportunidades de mejora identificadas para las dimensiones del MIPG.
13. Elaborar el informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, en cumplimiento del artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, y realizar el respectivo cargue a la página de la entidad.	X		Se elaboró el Informe Semestral de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, en cumplimiento del artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, y se realizó su correspondiente publicación en el portal web institucional de la entidad."

14. Realizar las auditorías internas a cada una de las dependencias del Hospital Local de San Martín de los Llanos.	X		Se dio inicio al ciclo de auditorías internas del Hospital Local de San Martín de los Llanos, priorizando en la primera fase los procesos de Facturación, Cartera y Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) conforme al Plan de Auditoría aprobado en Comité.
15. Garantizar que la información relacionada con la ejecución contractual quede almacenada en el equipo dispuesto para el cumplimiento de las actividades, sin que con ello disponga de la información en memorias externas.	X		Se ha dado estricto cumplimiento a las políticas de seguridad de la información, garantizando el almacenamiento de toda la documentación y evidencias de la gestión contractual en el equipo institucional asignado, evitando el uso de dispositivos de almacenamiento externos no autorizados.
16. Las demás actividades requeridas de acuerdo con el objeto del contrato	X		Cumplimiento permanente de las actividades complementarias y requerimientos técnicos solicitados por la entidad, orientados a la mejora continua y al respaldo integral de la gestión de Control Interno en la E.S.E.

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	**$ 18.480.000**	
Valor adicionado	$0	
Valor pagado al contratista		
Valor a pagar con esta cuenta		$3.300.000
Saldo a favor del hospital		$ 15.180.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$18.480.000**	**$18.480.000**

ANEXOS:

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

Diana Vizcaino

DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO
CC. 40.421.840 DE SAN MARTIN META

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	

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

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	40421840	DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO		CALLE 8 #62-62	3107730105	pjdiamarc@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93591511	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Ger Mio Salud	901037916-1	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
231001	Colfondos	800227940-6	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 Noto 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										
14-29	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	40421840	DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO		CALLE 8 #52-62	3107730105	pjdianam@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93591511	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Indicador	Sección	Número	Dirección	Sucursal	NO	VST	VTE	TAE	TDE	TAP	TDP	VSP	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	IGE	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 40421840	VIZCAINO CRISTANCHO DIANA MARCELA	57	0		NO	X						X													231001	1.750.806	30	280.300	0	0	0	0	MIN002	1.750.806	30	216.900	14-23	1.750.806	30	0	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Consulta a PILA

Lea atentamente las recomendaciones

Mostrar recomendaciones

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 8/2/2026 10:00:26 PM

Señor(a) : DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO 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 8/2/2026 10:00:27 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				Dias aportados
	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Periodo Salud	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud
C	93591511	MIPLANILLA	2026-07-27	2026-07-01	CC 40421840	DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO	218900	280200	42700	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 diríjase a su aportante o al operador con el cual se realizó el pago.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLAVICENCIO,
META,
COLOMBIA,
A quien interese

19/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA MARCELA VIZCAINO CRISTANCHO** con **Cédula de Ciudadanía** número **40421840**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570098470011275**
Fecha de apertura	**14/03/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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 supervisora del Contrato de prestación de servicios Número **203** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que **VIZCAINO CRISTANCHO DIANA MARCELA,** mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 40.421.840 expedida en la ciudad de San Martin -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 Martin de los Llanos, el día treinta y uno (31) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CRISTIAN FELIPE SUAREZ AGUILAR
Subgerente

Proyecto: Dr. Crisrian Felipe Suarez Aguilar - Subgerente	*Aprobó Cayetano Páez Saavedra. - Gerente*	*Digito: Ledis Bibiana Ortiz Cubillos. – Apoyo Administrativo*

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001427 COMPROMISO: 000686

FECHA DE EXPEDICION :31 de Julio de 2026

Rubro	Descripcion		Valor
21202020080101	Honorarios administrativos		
BPIN			3,300,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP)	RECURSOS PROPIOS	PROD: 0	
CCPET:			

VALOR : 3,300,000.00

BENEFICIARIO: 40,421,840 VIZCAINO CRISTANCHO DIANA MARCELA

O B J E T O : PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYOA LA GESTION PARA LA EJECUCION Y SEGUIMIENTO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	3,300,000.00
Descuentos:	26,400.00
Neto a pagar:	3,273,600.00

IMPUTACION CONTABLE	81-011530		DEBITOS	CREDITOS
51117900001	Honorarios	81011530001	3,300,000.00	
24362700018	Ica act servicios 8x1000	81011530002		26,400.00-
24905400001	Honorarios	81011530008		3,273,600.00-

2026 08 13 ****3,273,600.00

VIZCAINO CRISTANCHO DIANA MARCELA

TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE***
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001348

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905400001	0000	Honorarios	001427	40,421,840	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION Y SEGUIMIENTO DEL M ODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA	3,273,600.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000007	40,421,840	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA LA EJECUCION Y SEGUIMIENTO DEL M ODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA		3,273,600.00
					Total comprobante	**3,273,600.00**	**3,273,600.00**

Cheque : . Compromiso:001427
Banco : BANCO BOGOTA Agt 13 /26
Rubro 21202020080101 Honorarios administrativos
No Obligacion: 001427 Vlr Obligacion: 3,300,000.00

Elaboro:ADRI 260902 Reviso: Aprobo: Impr:260902

VIZCAINO CRISTANCHO DIANA MARCELA
40,421,840