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
176	CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE		40,327,098
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
2	31 de Agosto de 2026	$ 3,800,000	Agosto de 2026

CONCEPTO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PÚBLICO PARA LA GESTIÓN, CONTROL Y REPORTE DEL ÁREA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:			
Banco de Bogota	X	AH	556289452

CDP NUMERO

000518

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	**$22,800,000**	
+ ADICION No.1	$0	
+ ADICION No.2	$0	
= VALORES TOTALES	**$22,800,000**	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$3,800,000	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$3,800,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$7,600,000	
= VALOR NETO A CANCELAR	**$3,800,000**	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	**$15,200,000**	

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 Juridica

(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 EJECUCIÒN DEL CONTRATO NUMERO 176 DE FECHA DE 01 DE JULIO DE 2026.**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PÚBLICO PARA LA GESTIÓN, CONTROL Y REPORTE DEL ÁREA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NUMERO 176-2026 POR VALOR DE VEINTIDOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 22.800.000) MONEDA LEGAL VIGENTE. Que el CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA, el valor del presente contrato por medio de seis (06) pagos mensuales de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.800.000), teniendo en cuenta que el pago será proporcional al servicio prestado. LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011).

3) **QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO EL PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL A SALUD, PENSION Y ARL POR EL PERÌODO DE JULIO 2026 PARA EFECTO DE APLICAR EL (DECRETO 1273 de 2018) ASÌ :**

Nombre EPS y AFP	Número de Planilla	Valor Aporte a Pagar
AFP PROTECCION	94727941	$281,300
ARL POSITIVA		$42,900
SALUD TOTAL EPS		$219,800

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE CC N° 40.327.098 de Villavicencio	

HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	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 Subgerencia	Aprobado por Gerencia
				DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA DE SUPERVISION	31 de Agosto de 2026
NUMERO CONTRATO	176 de 2026
CONTRATANTE: **NIT**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO 40.327.098 de Villavicencio
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PÚBLICO PARA LA GESTIÓN, CONTROL Y REPORTE DEL ÁREA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	VEINTIDOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS **($ 22.800.000)** MONEDA LEGAL VIGENTE.
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA (31) DE DICIEMBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	AGOSTO DE 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($3.800.000) MONEDA LEGAL VIGENTE

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1. Planear, controlar e implementar las actividades, políticas y estrategias propias del área de contabilidad, acordes con la normatividad contable pública vigente.	X		
2. Elaborar, presentar y sustentar los Estados Financieros de la entidad, incluyendo sus respectivas revelaciones y análisis cuantitativos y cualitativos ante la Gerencia y la junta directiva.	X		
3. Elaborar los comprobantes de ajustes y las notas contables requeridas, con el fin de garantizar la	X		

razonabilidad, veracidad y consistencia de las transacciones financieras originadas en la entidad.			
. **4.** Coordinar la conciliación de las cuentas de enlace y operaciones recíprocas, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos por la Contaduría General de la Nación para lograr la igualdad de saldos.	X		
5. Realizar el respectivo saneamiento contable de la información física y en el software institucional, mediante la correcta aplicación de procedimientos de revisión interna y cruce de datos.	X		
6. Efectuar la integración y conciliación de los saldos de las cuentas contables que se afectan directamente en el área de suministros, almacén, inventarios y activos fijos.	X		
7. Elaborar las conciliaciones bancarias de la entidad, apoyando activamente al área de Tesorería en la depuración y correcto registro de las partidas conciliatorias detectadas.	X		
8. Realizar el control, seguimiento y conciliación contable del área de Cartera, verificando el correcto registro de los recaudos, la causación de la facturación y la depuración de las cuentas por cobrar institucionales.	X		
. **9.** Verificar el cumplimiento de la aplicación de las normas tributarias aplicables a las operaciones financieras ejecutadas por la institución.	X		
10. Asegurar la preparación y elaboración de las declaraciones tributarias e informes complementarios exigidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y el municipio correspondiente, garantizando su presentación oportuna.	X		
11. Garantizar la expedición de los certificados de retención en la fuente a título de renta, IVA e ICA practicados a terceros, velando por la exactitud de los datos contenidos en ellos	X		
12. Verificar la causación y el registro contable de los costos y pasivos asociados a la nómina, seguridad social, aportes parafiscales, prestaciones sociales, así como las retenciones de impuestos aplicadas a proveedores y demás que terminen su relación laboral y/o comercial con la institución.	X		
13. Consolidar, validar y transmitir la información contable a la plataforma CHIP de la Contaduría General de la Nación,	X		

asegurando el cumplimiento de los plazos y formatos legales establecidos.			
14. Preparar y cargar el componente contable requerido en el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, velando por la calidad y consistencia sectorial de los datos.	X		
15. Efectuar la consolidación y transmisión de los informes contables periódicos a través de la plataforma SIA CONTRALORÍA, de conformidad con las guías de rendición vigentes.	X		
16. Preparar y remitir los estados financieros, reportes e informes de naturaleza contable requeridos por los demás entes de control, inspección y vigilancia.	X		
17. Mantener informada y asesorada a la Gerencia frente a los resultados financieros obtenidos, el estado de la rendición de cuentas públicas en materia contable y los riesgos identificados en el ejercicio de sus funciones.	X		
18. Ejercer las demás actividades de acuerdo con la naturaleza del cargo.	X		

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	$22.800.000	0
Valor adición No. 1	0	0
Valor adición No. 2	0	0
Valor pagado al contratista	0	$3.800.000
Valor a pagar con esta cuenta	0	$3.800.000
Saldo a favor del hospital	0	$15.200.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$22.800.000**	**$22.800.000**

ANEXOS:

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

CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE
C.C. 40.327.098 de Villavicencio

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	40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	CRA 8 13-60	3132497922	faride.1206@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	SAN MARTÍN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94727941	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$544.000	

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	5	900	0	219.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	5	1.100	0	281.300	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	5	200	42.900			427	42.900	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.000

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	40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO		CRA 8 13-60	3132497922	faride.1206@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	SAN MARTÍN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94727941	31/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$544.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Tarifa Ley	Extranjero	Cotiz. colaborar	Recaudo	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	Días en Mora	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Ap... M...
1	CC 40327098	CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE	Sí	0			N																	230201	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	

PAGADA

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

Consulta a PILA

Lea atentamente las recomendaciones

Ocultar recomendaciones

- *El reporte generado en línea corresponde al resumen de aportes del último año*
- *La fecha del reporte, corresponde a la fecha en la que el usuario generó la consulta del resumen de aportes*
- *La fecha de corte, corresponde a la fecha en la que el sistema recibió la última información reportada por PILA*
- *El reporte histórico de sus aportes, llegará a la direccion de correo electrónico en las próximas 48 horas. Es importante señalar que la Base de Datos de la Planilla Integrada de Aportes – PILA cuenta con información desde el año 2006, sin embargo, la obligatoriedad de reportarla se establece desde el año 2008.*

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 9/1/2026 8:43:16 AM

Señor(a) : DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO 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 9/1/2026 8:43:17 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	Periodo Salud	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas CF	Salud
C	94727941	MIPLANILLA	2026-08-31	2026-07-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	93100742	MIPLANILLA	2026-07-01	2026-06-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	93100147	MIPLANILLA	2026-07-01	2026-05-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	87227414	MIPLANILLA	2026-05-29	2026-04-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	78398013	MIPLANILLA	2026-04-29	2026-03-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	58833487	MIPLANILLA	2026-03-02	2026-02-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	218900	280200	42700	0	30
C	57656015	MIPLANILLA	2026-02-26	2026-01-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	87600	112100	17100	0	12
C	35591711	ASOPAGOS	2025-12-30	2025-12-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	178000	227800	7500	0	30
C	35188691	ASOPAGOS	2025-12-03	2025-11-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	178000	227800	7500	0	30
C	34952900	ASOPAGOS	2025-10-30	2025-10-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	178000	227800	7500	0	30
C	34589067	ASOPAGOS	2025-10-06	2025-09-01	CC 40327098	DAYANA FARIDE CASTRILLON CABALLERO	178000	227800	7500	0	30
C	90191190	MIPLANILLA	2025-10-02	2025-10-01	NI 41889555	LUZ MERY NAVARRETE C	57000	227800	7500	57000	30

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001603 COMPROMISO: 000655

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
21202020080101	Honorarios administrativos	
BPIN		3,800,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP)	RECURSOS PROPIOS PROD: 0	
CCPET:		

VALOR : 3,800,000.00

BENEFICIARIO: 40,327,098 CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE

O B J E T O : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADOR PÚBLICO PARA LA GESTIÓN CONTROL Y REPORTE DEL ÁREA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DELESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	3,800,000.00
Descuentos:	26,600.00
Neto a pagar:	3,773,400.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011571

			DEBITOS	CREDITOS
51117900001	Honorarios	81011571001	3,800,000.00	
24362700017	Ica act servicios 7x1000	81011571002		26,600.00-
24905400001	Honorarios	81011571008		3,773,400.00-

2026 09 11 ****3,773,400.00

CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE

TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001472

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905400001	0000	Honorarios	001603	40,327,098	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADO R PÚBLICO PARA LA GESTIÓN CONTROL Y REPORTE DEL Á REA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA	3,773,400.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000008	40,327,098	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADO R PÚBLICO PARA LA GESTIÓN CONTROL Y REPORTE DEL Á REA CONTABLE Y TRIBUTARIA DE LA EMPRESA		3,773,400.00
					Total comprobante	**3,773,400.00**	**3,773,400.00**

Cheque : . Compromiso:001603
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 21202020080101 Honorarios administrativos
No Obligacion: 001603 Vlr Obligacion: 3,800,000.00

Elaboro:ADRI 260925 Reviso: Aprobo: Impr:260925

CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE
40,327,098

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 supervisor del Contrato de prestación de servicios Número **176** con fecha de acta de inicio el día primero (01) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que el señora **CASTRILLON CABALLERO DAYANA FARIDE,** mayor de edad identificada cedula de ciudadanía número 40.327.098 expedida en el municipio de Villavicencio – 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 agosto 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*