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
270	STEFANI JULIETH BARRIOS BONILLA		1,120,369,006
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
2	31 DE AGOSTO DE 2026	$ 2.310.000	AGOSTO DE 2026

CONCEPTO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL AGENDAMIENTO Y FACTURACIÓN EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:			
BANCO POPULAR	X	AH	500603180213

CDP NUMERO

000651

CONTROL DOCUMENTACION

	SI	NO	N.A.		SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
INFORME DE ACTIVIDADES	X			FACTURA O CUENTA DE COBRO	X			
FOTOCOPIA PAGO APORTES SALU	X			INGRESO DE ALMACEN				
FOTOCOPIA APORTES PENSION	X			CONSTANCIA DE SERVICIO				
FOTOCOPIA APORTES ARP	X			OTROS				

CONTROL SALDOS DEL CONTRATO

	CONTRATO	ANTICIPO
VALORES INICIALES	$6,006,000	
+ ADICIONES	$0	
= VALORES TOTALES	$6,006,000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$1.386.000	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$2.310.000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$3.696.000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$2.310.000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)	$2.310.000	

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 270 CON FECHA DEL 14 DE JULIO 2026 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL AGENDAMIENTOY FACTURACION EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS CON NUMERO DE CONTRATO 270 POR VALOR DE SEIS MILLONES SEIS MIL PESOS MONEDA LEGAL ($6.006.000) MONEDA LEGAL VIGENTE QUE EL CONTRATANTE PAGARÁ EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO DE LA SIGUIENTE FORMA: SE REALIZARAN TRES (3) PAGOS MENSUALES, UN PRIMER PAGO POR EL VALOR DE UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS (1,386,000) M/CTE MONEDA LEGAL VIGENTE, Y DOS PAGOS MENSUALES POR VALOR DE DOS MILLONES TRECIENTOS DIEZ MIL PESOS ($2,310,000) M/CTE MONEDA LEGAL VIGENTE TENIENDO ENCUENTA QUE EL PAGO SERA PROPORCIONAL AL SERVICIO PRESTADO; LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3990/2011)

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO A PENSION, SALUD Y ARL DEL PERIODO DE AGOSTO DE 2026 ASI

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
SALUD TOTAL	9509382628	$ 218.900
PROTECCION		$ 280.200
POSITIVA ARL		$ 42.700

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
STEFANI JULIETH BARRIOS BONILLA CC: 1,120,369,006	STEFANI BARRIOS

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

FECHA DE SUPERVISION	31 DE AGOSTO DEL 2026
NUMERO CONTRATO	270
CONTRATANTE: **NIT**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN 892000458
CONTRATISTA **C.C.:**	STEFANI JULIETH BARRIOS BONILLA 1.120.369.006 GRANADA META
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL AGENDAMIENTO Y FACTURACIÓN EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES SEIS MIIL PESOS MONEDA LEGAL ($6.006.000)
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA (30) DE SEPTIEMBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	AGOSTO 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	DOS MILLONES TRECIENTOS DIEZ MIL PESOS (2.310.000) MONEDA LEGAL

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	**CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
Prestar atención a los usuarios que soliciten los servicios de urgencias y consulta externa en forma oportuna y eficaz, garantizándole sus derechos.	X		Preste atención a los usuarios que solicitaron los servicios de urgencias de forma oportuna y eficaz, garantizando sus derechos.
Contribuir en las asignaciones de citas: manejo de citas médicas en consulta externa, promoción y prevención y demás asignadas identificación del tipo de usuario, comprobación de derechos en el BDUA, base de datos y DNP		X	En el mes no asigne citas para consulta externa y/o promoción y prevención
Verificar admisión y actualizar datos del usuario en el sistema, notificar inconsistencias en la admisión y base de datos, verificación de pertenecia del servicio solicitado, realizar cargos a la entidad y convenio correspondiente, anexar soportes en caso de factura por evento	X		Se cumplió a cabalidad con lo estipulado

Revisar e informar al usuario la importancia de pertenecer a un programa de promoción y desarrollo y realizar demanda inducida a los programas ofertados por la entidad	X		Informe a los usuarios de la importancia de pertenecer a los programas de promoción y desarrollo
Reportar las posibles suplantación de pacientes		x	No se presentaron durante el mes
Reportar la duplicidad entre los distintos regímenes de salud		x	No se presentaron durante el mes
Recibir la documentación del paciente y llenar RIPS de consulta	X		Recibí documentación requerida del paciente y al cargar la consulta se generó el RIPS
Expedir las admisiones de usuarios y realizar actualizaciones de datos	X		Se realiza la admisión y actualización de datos
Ingresar las consultas de urgencias en el sistema	X		Ingrese las consultas de urgencias en el sistema
Solicitar códigos de autorizaciones de urgencias a las entidades correspondientes del pago	X		Solicite las autorizaciones de urgencias a las entidades correspondientes del pago
Enviar anexos a las diferentes líneas de entidades correspondientes del pago antes de las 24 horas para la notificación de la urgencia y el envió del correo con copia al CRUE departamental	X		Se cumplió con todo lo requerido
Efectuar la facturación de medicamentos, procedimientos y exámenes dentro de la consulta de urgencias	X		Efectué la facturación de medicamentos procedimientos y exámenes correspondientes
Realizar ingreso a hospitalización y solicitar código de autorización	X		Realice el ingreso a hospitalización con su respectiva autorización
Registrar el egreso de hospitalización y liquidación de cuentas	X		Registre el egreso y liquidación de la cuenta
Efectuar la facturación de SOAT con su respectiva documentación	X		Efectué la facturación de SOAT con su respectiva documentación
Ejercer las demás actividades de acuerdo con la naturaleza del cargo	X		Se ejerció con las demás actividades de acuerdo con el cargo
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo al hospital y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás	x		Utilice todos mis conocimientos en el apoyo al hospital y ejercer sus actividades con

			honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás
Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato	x		Se cumplió con lo acordado ya escrito
Afiliarse al sistema de seguridad social integral	x		Me afilie al sistema de seguridad social
Realizar los pagos mensuales por concepto de seguridad social integral, sobre el 40% bruto del valor mensual. En ningún caso la base gravable podrá ser menor al salario mínimo mensual legal vigente	x		Cumpli con lo acordado ya escrito
Entregar al supervisor del contrato junto con el informe mensual, copia legible del comprobante de pago del aporte mensual al sistema de seguridad social integral en los términos señalados por la ley	x		Entregue al supervisor del contrato junto con el informe mensual, copia legible del comprobante de pago del aporte mensual al sistema de seguridad social integral en los términos señalados por la ley
El contratista debe demostrar buen manejo de las relaciones interpersonales, ser diligente y responsable	x		demostré buen manejo de las relaciones interpersonales, y fui diligente y responsable
Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual	x		Se cumplió a cabalidad con lo acordado
No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho	x		No se presentó ningún hecho relacionado
Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo		x	No se presentó ningún evento por el cual deba responder
Asumir todos los costos que genere la legalización del presente contrato			
Realizar las demás obligaciones de acuerdo con su competencia y que sean inherentes al objeto contractual	x		Se cumplió con lo acordado
Demás actividades que contribuyan al cumplimiento dl objeto contractual	x		
Dar noticia inmediata al supervisor de las novedades que puedan ocasionar la parálisis en la ejecución del contrato		x	No se presentó evento relacionado con lo pactado
Coordinar la entrega de los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor			

	FORMATO PARA INFORME Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	VERSION 3	CODIGO FR-CON-16	Aprobado 22/01/2020
Empresa Social del Estado	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN	Fecha Actualización 22/07/2020	Revisado por Calidad	Aprobado por Gerencia

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	$6.006.000	
Valor adicionado		
Valor amortizado por el contratista		$1.386.000
Valor a pagar con esta cuenta		$2.310.000
Saldo a favor del hospital		$2.310.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$6.006.000**	$6.006.000

ANEXOS:

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

STEFANI BARRIOS

STEFANI JULIETH BARRIOS BONILLA
CC. 1.120.369.006

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
Subgerente – Supernumerario
Resolución N° 146 de 2025
VO. BO. SUPERVISOR CONTRATO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120369006		BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz a3 casa 9	GRANADA-META	3118284393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	560291055	95091382628	I	2026/09/02	2026/08/12	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1120369006	BARRIOS STEFANI																		230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$210,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	Afiliados(1)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$210,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122369004		BARRIOS BONILLA STEFAN JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz a3 casa 9	GRANADA-META	3118394393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	560291055	95093826 28	I	2026/09/02	2026/08/12	HEQUI	0	5541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PROTECCIÓN	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

OR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Lea atentamente las 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 genero la consulta del resumen de aportes*
- *La fecha de corte, corresponde a la fecha en la que el sistema recibió la última información reportado por PILA*
- *El reporte histórico de sus aportes, llegará a la dirección 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 reportaría se establece desde el año 2008.*

Fecha Generación de Reporte: 8/30/2026 1:48:43 PM

Señor(a) : STEFANI JULIETH BARRIOS BONILLA 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 8/30/2026 1:48:43 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.

C	9509382429	APORTES EN LINEA	2026-08-12	2026-08-01	CC 1120369006	BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	218900	280200	42700	0	30
C	9508689983	APORTES EN LINEA	2026-07-28	2026-07-01	CC 1120369006	BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	218900	280200	42700	0	30
C	9508689983	APORTES EN LINEA	2026-07-28	2026-07-01	CC 1120369006	BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	218900	280200	18300	0	30
C	9506420151	APORTES EN LINEA	2026-07-16	2026-07-01	CC 1120369006	BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	218900	280200	18300	0	30
C	9506174105	APORTES EN LINEA	2026-06-10	2026-06-01	CC 1120369006	BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH	153300	196200	12800	0	21
C	9496230059	APORTES EN LINEA	2025-12-10	2025-12-01	NI 900229438	COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA	72500	290000	44200	100200	30
C	9494620681	APORTES EN LINEA	2025-11-12	2025-11-01	NI 900229438	COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA	78000	312000	47600	78000	30
C	9493035299	APORTES EN LINEA	2025-10-09	2025-10-01	NI 900229438	COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA	78600	366300	48700	78600	30
C	9491577659	APORTES EN LINEA	2025-09-09	2025-09-01	NI 900229438	COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA	84500	339100	51700	84500	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

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001595 COMPROMISO: 000752

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
21202020080102	Servicios tecnicos administrativos	
BPIN		2,310,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP) RECURSOS PROPIOS	PROD: 0	
CCPET:		

VALOR : 2,310,000.00

BENEFICIARIO: 1120,369,006 BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH

O B J E T O : Prestacion de Servicios de Apoyo a la Gestion parael Agendamiento y Facturacion en la Empresa Social del Estado Hospital Local de San Martin de los Llanos..

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	2,310,000.00
Descuentos:	18,480.00
Neto a pagar:	2,291,520.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011563			**DEBITOS**	**CREDITOS**
51118000001	Servicios	81011563001	2,310,000.00	
24362700018	Ica act servicios 8x1000	81011563002		18,480.00-
24905500001	Servicios	81011563004		2,291,520.00-

2026 09 11 ****2,291,520.00

BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001464

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905500001	0000	Servicios	001595	1120,369,006	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL AGENDAMIENTO Y FACTURACION EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTI	2,291,520.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000008	1120,369,006	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL AGENDAMIENTO Y FACTURACION EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTI		2,291,520.00
					Total comprobante	**2,291,520.00**	**2,291,520.00**

Cheque : . Compromiso:001595
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 21202020080102 Servicios tecnicos administrativos
No Obligacion: 001595 Vlr Obligacion: 2,310,000.00

Elaboro:ADRI 260925 Reviso: Aprobo: Impr:260925

BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH
1120,369,006

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 **270** con fecha de acta de inicio el día catorce (14) de julio de dos mil veintiseis (2026).

CERTIFICA

Que **BARRIOS BONILLA STEFANI JULIETH,** mayor de edad identificado con la cedula de ciudadanía número 1.120.369.006 expedida en la ciudad de Granada – 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