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
286	VALENTINA JAVELA ROMERO		1,029,984,288
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
1	31 DE AGOSTO DE 2026	$ 616,000.	24 DE AGOSTO DEL 2026 A 31 DE AGOSTO DEL 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 DE BOGOTA	X	AH	556323228

CDP NUMERO

N.° 000755

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	$2,926,000	
+ ADICIONES	$0	
= VALORES TOTALES	$2,926,000	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$0	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$616,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$616,000	
= VALOR NETO A CANCELAR	$616,000	
= 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 ____ NO __X____ ; SOY DECLARANTE DE IVA : SI _____ NO __X____

2) MIS INGRESOS MENSUALES SE DERIVAN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO NUMERO 286, FECHA 24 de AGOSTO DEL 2026

CONTRATO DE 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. NUMERO 286 DE 2026 POR VALOR DE DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE Y SEIS MIL PESOS ($2.926.000) MONEDA LEGAL VIGENTE, QUE EL CONTRATANTE PAGARÁ EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO DE LA SIGUIENTE FORMA: REALIZARA DOS PAGOS PARCIALES MENSUALES ASI: UNPRIMERPAGO POR UN VALOR DE SEISCIENTOS DIESCISEIS MIL PESOS (616.000)M/CTE Y UN SEGUN PAGO,POR VALOR DE DOS MILLONES TRECIENTOS DIEZ MIL PESOS (2.310.000) M/CTA DE LOS CUALES NO SUPERAN MENSUALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3680/2011).

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD, PENSION Y ARL DEL MES DE AGOSTO.

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
NUEVA EPS	94794474	$73,000
COLPENSIONES		$93,400
POSITIVA		$14,300

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
VALENTINA JAVELA ROMERO	Valentina Javela
CC No 1.029.984.288 DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	

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

DE SUPERVISION	31 DE AGOSTO DEL 2026
NUMERO CONTRATO	286 DE 2026
CONTRATANTE: **NIT**	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS** NIT. 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	**VALENTINA JAVELA ROEMRO** 1.029.984.288 de San Martín de los Llanos
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:	DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE Y SEIS MIL PESOS **($2.926.000)** MONEDA LEGAL VIGENTE
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026
PERIODO A COBRAR:	24 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS (616.000) MONEDA LEGAL VIGENTE

AJUSTES O MODIFICACIONES

ACCION SUSCRITA:	FECHA	DESCRIPCION
MODIFICACIONES		
PRORROGAS		
ADICIONES		

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO			
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	**CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
1. 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		
2. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato	X		
3. Afiliarse al sistema de seguridad social integral	X		

. 4. 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		
5. 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 en la Ley.	X		
6. El contratista debe demostrar buen manejo de las relaciones interpersonales, ser diligente y responsable.	X		
7. Actualizar sus conocimientos y capacidades para el buen desempeño del objeto contractual.	X		
8. Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual.	X		
9. Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo.	X		
10. Actualizar sus conocimientos y capacidades para el buen desempeño del objeto contractual.	X		
11. Asumir todos los costos que genere la legalización del presente contrato.	X		
12. Realizar las demás obligaciones de acuerdo con su competencia y que sean inherentes al objeto contractual	X		
13. Demás actividades que contribuyan al cumplimiento del objeto contractual.	X		
14. Dar noticia inmediata al supervisor de las novedades que puedan ocasionar la parálisis en la ejecución del contrato.			
15. Coordinar la entrega de los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor.	X		

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	BALANCE	
Valor inicial del contrato	2.926.000	$0
Valor adicionado		$0
Valor pagado al contratista		$0
Valor a pagar con esta cuenta		$616.000
Saldo a favor del hospital		$2.310.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	$2.926.000	$2.926.000

ANEXOS:

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

Valentina Javela

VALENTINA JAVELA ROMERO
1.029.984.288 de San Martín de los Llanos

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	RESUMEN DEL PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7228[illegible]	VALENTINA JAVELA ROMERO	[illegible]	3154[illegible]	[illegible]	
TIPO DE APORTANTE	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	AGENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD - MUNICIPIO	
UNICA	-- Independiente --			META	SAN MARTIN	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ALEATORIA (SIMONEDIOS)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (AAAAMMDD)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD APO
		5478[illegible]	0[illegible]	1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL APORTES	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$182.700	

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. Autoliquidado	Valor	No. Autoliquidado	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	72.630	0		0		0	0	0	0	72.630	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
32-14	Colpensiones	2000[illegible] 7	83.470	0	0	0	0	0	0		83.470	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nómi Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Trabajador Retiro a Favor	Valor Retiro a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autoliquidado	Valor										
14-23		Positiva Seguros	900[illegible]	14.310				14.310	0	0	14.310			157	14.310	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 total de EPS, UMA, AFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	72.630	72.630
Pensión	1	83.470	83.470
Riesgos Laborales	1	14.310	14.310
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	182.700	182.700

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	ENTIDAD PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022[illegible]524	VALENTINA JAVELA TENORIO		[illegible]	3114375751	valentinajav[illegible]@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	SUBSIDIO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	--- Independiente			META	[illegible] MAPIRIPAN		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD APC
		3[illegible]474	27/05/2020	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TIPO APORTE	TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	I	N	$152.703	

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | |

Consulta a PILA

Lea atentamente las recomendaciones | Mostrar recomendaciones

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 9/3/2026 8:11:42 AM

Señor(a) : VALENTINA JAVELA ROMERO 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 9/3/2026 8:11:42 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	94794474	MIPLANILLA	2026-09-01	2026-08-01	CC 1029984288	VALENTINA JAVELA ROMERO	73000	93400	14300	0	10

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.

Banco de Bogotá

Nit 860.002.964 4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que VALENTINA JAVELA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.029.984.288 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 556323228, abierta/o desde el 17/8/2026.

Se expide en Bogotá el día 18 del mes de Agosto del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001624 COMPROMISO: 000852

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
21202020080102	Servicios tecnicos administrativos	
BPIN		616,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP) RECURSOS PROPIOS	PROD: 0	
CCPET:		

VALOR : 616,000.00

BENEFICIARIO: 1029,984,288 JAVELA ROMERO VALENTINA

O B J E T O : PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARAEL AGENDAMIENTO REGISTRO Y FOMENTO DE LA DEMANDAINDUCIDA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL SANMARTIN.

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	616,000.00
Descuentos:	4,928.00
Neto a pagar:	611,072.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011591

			DEBITOS	CREDITOS
51118000001	Servicios	81011591001	616,000.00	
24362700018	Ica act servicios 8x1000	81011591002		4,928.00-
24905500001	Servicios	81011591004		611,072.00-

2026 09 11 ******611,072.00

JAVELA ROMERO VALENTINA

SEISCIENTOS ONCE MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**********
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN NIT 892,000,458

COMPROB. DE EGRESO No 001492

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905500001	0000	Servicios	001624	1029,984,288	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL AGENDAMIENTO REGISTRO Y FOMENTO DE LA DEMANDA INDUCIDA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HO	611,072.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000008	1029,984,288	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL AGENDAMIENTO REGISTRO Y FOMENTO DE LA DEMANDA INDUCIDA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HO		611,072.00
					Total comprobante	**611,072.00**	**611,072.00**

Cheque : . Compromiso:001624
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 21202020080102 Servicios tecnicos administrativos
No Obligacion: 001624 Vlr Obligacion: 616,000.00

Elaboro:ADRI 260925 Reviso: Aprobo: Impr:260925

JAVELA ROMERO VALENTINA
1029,984,288

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 **286** con fecha de acta de inicio el día veinticuatro (24) de agosto de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que **JAVELA ROMERO VALENTINA**, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 1.029.984.288 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 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*