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
262	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA		1.123.161.664 de Miraflores
PAGO O FACTURA No	**FECHA DE LA FACTURA**	**VALOR**	**PERIODO**
2	31 DE AGOSTO DE 2026	5,000,000	AGOSTO DE 2026

CONCEPTO:

CONCEPTO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORÍA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS

CUENTA BANCARIA PARA ABONO:

DAVIVIENDA	X	AH	055009150006l600

CDP NUMERO

000616

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	$14,166,667	
+ ADICIONES		
= VALORES TOTALES	$14,166,667	
- TOTAL PAGOS Y/O AMORTIZACIONES ANTES DE ESTA FACTURA	$4,166,667	
- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA	$5,000,000	
- AMORTIZACION CON ESTE PAGO	$9,166,667	
= VALOR NETO A CANCELAR	$5,000,000	
= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA).	$5,000,000	

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 EJECUCIÒN DEL CONTRATO NUMERO 262, FECHA DE 07 DE JULIO DE 2026.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORÍA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS. NUMERO 262 CCATORCE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($14.166.667) M/CTE, El HOSPITAL pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato por medio de tres (03) pagos mensuales así, un primer pago por valor de CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($4.166.667) M/CTE correspondiente al mes de julio y dos pagos por valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000) M/CTE. . LOS CUALES NO SUPERAN MENUSALMENTE LOS 300 UVT. (DECRETO 3590/2011)

3) QUE EN CUMPLIMIENTO DEL CITADO CONTRATO HE REALIZADO EL PAGO DE APORTES A SALUD Y ARL POR EL PERÌODO DE AGOSTO DE 2026. ASI:

Nombre EPS y AFP	Numero de Planilla	Valor Aporte a Pagar
SALUDTOTAL	6029941556 - 6033384149	$250,000
COLPENSIONES		$320,000
POSITIVA		$48,600

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	FIRMA
YESICA VANESA ORTEGON ARDILA C.C. 1.123.161.664 de Miraflores	Yesica Ortegón

FECHA DE SUPERVISION	31 DE AGOSTO DE 2026
NUMERO CONTRATO	262 - 2026
CONTRATANTE: **NIT**	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS** NIT N.º 892.000.458-6
CONTRATISTA **C.C.:**	**YESICA VANESA ORTEGON ARDILA** **C.C.** 1.123.161.664 de Miraflores
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA ASESORÍA, IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD ACOGIDA POR EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS **($14.166.667)** M/CTE.
PLAZO:	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026.
PERIODO A COBRAR:	AGOSTO DE 2026
VALOR DEL PERIODO A COBRAR:	CINCO MILLONES DE PESOS **($5.000.000)** M/CTE.

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. Diseñar, evaluar y ajustar, según se requiera, el plan de acción para la implementación de la estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud en la Institución.	X		
2. Implementar el proceso de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales a través de las acciones de notificación obligatoria y oportuna, búsqueda activa y seguimiento a los eventos de interés en salud pública y eventos vitales que son objeto de análisis para la toma de decisiones en la mitigación de la demanda, optimización de la oferta y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.	X		

3.	Coordinar y seguimiento de Estadísticas vitales.	X		
4.	Liderar la gestión para la detección, tratamiento y rehabilitación de los eventos de interés en salud pública ERA-COVID19, Tuberculosis, Lepra, Enfermedades Zoonóticas y Enfermedades Transmitidas por Vectores a través de: participación y aporte en los comités de emergencias, diligenciamiento, seguimiento y socialización de los indicadores de atención en Sala ERA; realización de los informes de captación temprana y tratamiento de Tuberculosis y Lepra; seguimiento a los indicadores de la ruta de atención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas y control de stock de medicamentos existente en la institución para el tratamiento de las mismas.	X		
5.	Seguimiento a los indicadores de la ruta de atención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonóticas y control de stock de medicamentos existente en la institución para el tratamiento de las mismas.	X		
6.	Orientar la adopción, el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las rutas integrales de atención en salud en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE a través de flujograma de cada RIA, la matriz de indicadores de seguimiento y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y el reporte de cumplimiento a la Resolución 4505 de 2012, en coherencia con la política institucional de Calidad y los instrumentos establecidos para ello.	X		
7.	Articular con las áreas de Promoción y Prevención, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Laboratorio, Farmacia, Vigilancia Epidemiológica la adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud a través de flujogramas de las RIAS, matriz de indicadores de seguimiento y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y el reporte de cumplimiento a la Resolución 4505 de 2012.	X		
8.	Liderar el Comité Integrado de Gestión del Riesgo en Salud compuesto por el Comité de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas Vitales (COVE), Comité Materno Perinatal y Comité de Promoción y Prevención, para el seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia soportado en actas y	X		

listados de asistencia de cada reunión.			
9. Articular y verificar con Calidad de la ESE la oferta de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada, los servicios habilitados y los requeridos conforme a la demanda para la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud.	X		
10. Coordinar la gestión e implementación del Plan Nacional de Vacunación.	X		
11. Demás actividades de acuerdo al objeto contractual.	X		

BALANCE FINANCIERO		
ITEM	**BALANCE**	
Valor inicial del contrato	**$14.166.667**	
Valor adicionado	$	
Valor pagado al contratista		$4.166.667
Valor a pagar con esta cuenta		$5.000.000
Saldo a favor del hospital		$5.000.000
TOTAL DE SUMAS IGUALES	**$14.166.667**	**$14.166.667**

ANEXOS:

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

YESICA VANESA ORTEGON ARDILA
C.C. 1.123.161.664 de Miraflores.

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TESICA VANESA ORTEGON ARDILA
CIUDAD/MUNICIPIO	GRANADA	DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	CALLE 11 [illegible]	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades de impresión
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA	6028941556	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO 2020
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaammdd)	20200825	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES									$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	ORTEGON ARDILA TESICA VANESA	INDEPENDIENTES CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ [illegible]	NO	25-14 COLPENSIONES	[illegible]	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	ARL IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	[illegible]	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	[illegible]	$ 42.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	[illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO	[illegible]
DEPARTAMENTO	META
DIRECCIÓN	[illegible]
TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	[illegible]
TIPO DE PLANILLA	[illegible]
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2020
PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO 2020
DÍAS DE MORA	0
FECHA PAGO	[illegible]
NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA	[illegible]
FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA	[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.800	$ 0	$ 39.800
SUBTOTALES										$ 39.800	$ 0	$ 39.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002 SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 31.100
SUBTOTALES													$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 31.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100
SUBTOTALES									$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	IBC / SALARIO BÁSICO	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN COTIZACIÓN	SALUD ADMIN	SALUD COTIZACIÓN	ARP ADMIN	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES
1	CC [illegible]	[illegible]	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	[illegible]	25-14 COLPENSIONES	[illegible]	EPS002 SALUD TOTAL	[illegible]	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 0
2	CC [illegible]	[illegible]	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	[illegible]	25-14 COLPENSIONES	[illegible]	EPS002 SALUD TOTAL	[illegible]	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 0
3	CC [illegible]	[illegible]	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	[illegible]	25-14 COLPENSIONES	[illegible]	EPS002 SALUD TOTAL	[illegible]	14-23 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	[illegible]	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 77.000

Planilla Pagada

CONSULTA APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - SGSS

Fecha Generación de Reporte: 8/30/2026 6:21:29 PM

Señor(a) : YESICA VANESA ORTEGON ARDILA 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 6:21:29 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				Días aportados
	Número Planilla	Operador	Fecha de Pago	Periodo Salud	Identificación	Razón Social	Salud	Pensión	Riesgos L.	Cajas Cf	Salud
C	6033384149	BANCO DAVIVIENDA	2026-08-26	2026-08-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	250000	320000	48800	0	30
C	6033384149	BANCO DAVIVIENDA	2026-08-26	2026-08-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	42700	0	30
C	6029941556	BANCO DAVIVIENDA	2026-08-26	2026-08-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	42700	0	30
C	6026955610	BANCO DAVIVIENDA	2026-07-31	2026-06-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	9200	0	30
C	1751606949	BANCO DAVIVIENDA	2026-07-31	2026-07-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	42700	0	30
C	1751606949	BANCO DAVIVIENDA	2026-07-31	2026-07-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	9200	0	30
C	6029933324	BANCO DAVIVIENDA	2026-07-31	2026-07-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	9200	0	30
C	9507663079	APORTES EN LINEA	2026-07-16	2026-07-01	NI 900622551	JERSALUD SAS	181200	724500	110400	218400	30
C	6024543838	BANCO DAVIVIENDA	2026-07-06	2026-05-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	9200	0	30
C	6021222224	BANCO DAVIVIENDA	2026-06-17	2026-04-01	CC 1123161664	YESICA VANESA ORTEGON ARDILA	218900	280200	9200	0	30

ESE, HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

OBLIGACION PRESUPUESTAL

NUMERO: 001643 COMPROMISO: 000741

FECHA DE EXPEDICION :31 de Agosto de 2026

Rubro	Descripcion	Valor
21202020080101	Honorarios administrativos	
BPIN		5,000,000.00
FTE FINANCIA: 1.2.1.0.00 (RECP)	RECURSOS PROPIOS	PROD: 0
CCPET:		

VALOR : 5,000,000.00

BENEFICIARIO: 1123,161,664 ORTEGON ARDILA YESICA VANESA

O B J E T O : Prestacion de Servicios como Profesional para la Asesoria Implementacion Seguimiento y Evaluacionde la Gestion Integral del Riesgo en Salud Acogidapor el Modelo de Prestacion de Servicios de Saludde la Empresa Social del Estado Hospital Local de

Elab: ADRI ADRIANA PAOLA JIMENEZ ESPINOSA

Valor obligacion:	5,000,000.00
Descuentos:	40,000.00
Neto a pagar:	4,960,000.00

IMPUTACION CONTABLE 81-011610			**DEBITOS**	**CREDITOS**
51117900001	Honorarios	81011610001	5,000,000.00	
24362700018	Ica act servicios 8x1000	81011610002		40,000.00-
24905400001	Honorarios	81011610008		4,960,000.00-

2026 09 11 ****4,960,000.00

ORTEGON ARDILA YESICA VANESA

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE**********
****

HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN ESE
CL 4 7 34

SAN MARTIN **NIT 892,000,458**

COMPROB. DE EGRESO No 001511

Codigo	Ct	Descripcion	Fact.	NIT.	Detalle	Debitos	Creditos
24905400001	0000	Honorarios	001643	1123,161,664	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA A SESORIA IMPLEMENTACION SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL	4,960,000.00	
11100600001	0000	Banco bogota 7475-5	0000008	1123,161,664	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA LA A SESORIA IMPLEMENTACION SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SAL		4,960,000.00
					Total comprobante	**4,960,000.00**	**4,960,000.00**

Cheque : . Compromiso:001643
Banco : BANCO BOGOTA Sep 11 /26
Rubro 21202020080101 Honorarios administrativos
No Obligacion: 001643 Vlr Obligacion: 5,000,000.00

Elaboro:ADRI 260925 Reviso: Aprobo: Impr:260925

ORTEGON ARDILA YESICA VANESA
1123,161,664

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 **262** con fecha de acta de inicio el día siete (07) de julio de dos mil veintiséis (2026).

CERTIFICA

Que **ORTEGON ARDILLA YESICA VANESA,** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía número 1.123.161.664 expedida en Miraflores.

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