



## ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN FRANCISCO

Nit: 800.133.887-9

COMPROBANTE DE EGRESO:

OP

5675

Fecha:

Dic.30/2024

2024 12 30

\*\*\*\*2,134,000.\*\*

\*\*MANRRIQUE JIMENEZ MARY LUZ

\*\*\*\*\* DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/L.\*\*\*\*\*

|                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                       |              |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Proveedor:              | MANRRIQUE JIMENEZ MARY LUZ                                                                                                                                                                                                           | Nit/CC:               | 43.879.951   |
| No Fact.:               | 1822                                                                                                                                                                                                                                 | Vr Pagado:            | 2,134,000.   |
| Fecha Fact.:            | Dic.30/2024                                                                                                                                                                                                                          |                       |              |
| Fact.Ref:               |                                                                                                                                                                                                                                      |                       |              |
| Cta. Banco:             | 07 -014298382-08                                                                                                                                                                                                                     | Cheque:               | 1414188      |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                      | Vr Cheque:            | 2,134,000.   |
| Vr Letras:              | DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/L.                                                                                                                                                                                  |                       |              |
| Observaciones:          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CUIDADORA DE LOS ADULTOS MAYORES EN EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N 004 DE 2024, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS Y EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DE DICIEMBRE 2024 |                       |              |
| VALORES                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                       |              |
| Vr. Bruto:              | 2,155,556.                                                                                                                                                                                                                           | Vr. Iva:              | 0.           |
| Vr. Retención:          | 21,556.                                                                                                                                                                                                                              | Vr.Rete-Iva:          | 0.           |
| EST. PRO HOS            | 21,556.                                                                                                                                                                                                                              |                       | 0.           |
|                         | 0.                                                                                                                                                                                                                                   |                       | 0.           |
|                         | 0.                                                                                                                                                                                                                                   |                       | 0.           |
| N-Crédito:              | 0.                                                                                                                                                                                                                                   | Vr.Descuento:         | 0.           |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                      | Vr.NETO:              | 2,134,000.   |
| IMPUTACION CONTABLE     |                                                                                                                                                                                                                                      |                       |              |
| Cuenta                  | Nit                                                                                                                                                                                                                                  | Centro De Costos      | Valor        |
| 1 1 10 05 02            |                                                                                                                                                                                                                                      |                       | 2,134,000.00 |
| 2 4 90 55 01            | 43,879,951                                                                                                                                                                                                                           |                       | 2,134,000.00 |
| IMPUTACION PRESUPUESTAL |                                                                                                                                                                                                                                      |                       |              |
| Vigencia                | Unid Eje                                                                                                                                                                                                                             | Rubro                 | Valor        |
| 2024                    | 3232                                                                                                                                                                                                                                 | 2.1.2.02.02.009.19.01 | 2,155,556.00 |
| Total:                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                       | 2,155,556.00 |

SILVIA NAVA VILLEGAS

Gerente

ADRIANA MARCELA DAZA MARIN  
Subdirector Administrativo y  
Financiero

MANRRIQUE JIMENEZ MARY LUZ

Firma y Sello Beneficiario



CARRERA 10 # 9-09  
SAN FRANCISCO

ORDEN DE PAGO

N° 5675

|                   |                            |               |                           |
|-------------------|----------------------------|---------------|---------------------------|
| <b>CHEQUE No:</b> | ACH                        | <b>BANCO:</b> | <b>FECHA:</b> Dic.30/2024 |
| <b>PAGADO A:</b>  | MANRRIQUE JIMENEZ MARY LUZ |               | <b>NIT:</b> 43.879.951    |

| DESCRIPCIÓN  |            |     |          |           |          |              |           |
|--------------|------------|-----|----------|-----------|----------|--------------|-----------|
| VALOR        | RETEFUENTE | IVA | RETE IVA | DESCUENTO | NC/OTROS | VR. EFECTIVO | VR.CHEQUE |
| 2,134,000.00 | 21,556.00  |     |          |           |          |              |           |

| TIPO FAC. | NUM. FAC. | CENTRO DE COSTO | VALOR        |
|-----------|-----------|-----------------|--------------|
| FPA       | 1822      |                 | 2,134,000.00 |

| CONTABILIZACION |         |      |       |
|-----------------|---------|------|-------|
| CODIGO          | TERCERO | T. C | VALOR |
| #CONT           |         |      |       |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b>                         | CONSIGNADO EN CTA No. 32563240678<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CUIDADORA DE LOS ADULTOS MAYORES EN<br>EJECUCIÓN DELCONVENIO INTERADMINISTRATIVO N 004 DE 2024,<br>CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS Y EL<br>MUNICIPIO DE SAN | <b>FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO</b><br>C.C / NIT |
| <b>ELABORADO POR:</b><br>ANGELA PAOLA RAMIREZ | <b>AUTORIZADO POR:</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>CONTABILIZADO POR:</b>                          |



**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN F**  
**NIT 800.133.887**  
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA - REGIMEN SIMPLIFICADO**  
**Resolución DIAN 18764002920018 del 24 de agosto de 2020**

**Comprobante:** 04 1822

**Prefijo:** DCNF

**Numero:** 1822

**Fecha Comprobante:** Dic.30/2024

**Fecha Actual:** Dic.26/2024

**Hora:** 08:20

**Concepto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CUIDADORA DE LOS ADULTOS MAYORES EN EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N 004 DE 2024, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS Y EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA DEL 03 AL 30 DE DICIEMBRE 2024

**VALORES DOCUMENTO**

|                |    |  |              |
|----------------|----|--|--------------|
| SUBTOTAL:      |    |  | 2,155,556.00 |
| VR. RETENCIÓN: | 15 |  | 21,556.00    |
| VR. OTRAS DED: |    |  |              |
| VR. ICA:       |    |  |              |
| VR. NETO:      |    |  | 2,134,000.00 |

**SON:** DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS M/L.

**IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| CODIGO RUBRO   | NOMBRE RUBRO               | COMP.  | DISP.  | VALOR        |
|----------------|----------------------------|--------|--------|--------------|
| 21202020091901 | CONVENIOS CON EL MUNICIPIO | C24259 | D24259 | 2,155,556.00 |

**CONTABILIZACIÓN**

| CUENTA   | DESCRIPCION             | NIT        | NOMBRE                    | C.COSTO      | VR. DEBITO          | VR. CREDITO         |
|----------|-------------------------|------------|---------------------------|--------------|---------------------|---------------------|
| 24905501 | SERVICIOS               | 43,879,951 | MANRIQUE JIMENEZ MARY LUZ |              |                     | 2,134,000.00        |
| 73870201 | GENERALES               | 43,879,951 | MANRIQUE JIMENEZ MARY LUZ |              | 2,155,556.00        |                     |
| 24072201 | ESTAMPILLA PRO HOSPITAL | 43,879,951 | MANRIQUE JIMENEZ MARY LUZ |              |                     | 21,556.00           |
|          |                         |            |                           | <b>TOTAL</b> | <b>2,155,556.00</b> | <b>2,155,556.00</b> |

Elaborado Por

Autorizado

Revisado

OK

NOMBRE: MARY LUZ MANRIQUE MARIN

CC: 43879951

Dirección: Calle el comercio

Cel. 3136456265

Documento Equivalente a Factura (Art. 3 Dcto 522 de Marzo 7 de 2003)

CUENTA DE COBRO

Nº 6

San Francisco, 30 de diciembre 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE  
SAN FRANCISCO ANTIOQUIA

Nit: 800.133.887-9

DEBE A:

MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ

C.C. 43879951

(No responsable del IVA – Régimen Simplificado)

La suma de DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/L. (\$2.155.556), por concepto prestación de servicios a través del contrato número 077-2024, cuyo objeto es "prestación de servicios como cuidadora de los adultos mayores en ejecución del convenio interadministrativo N° "004 de 2024, celebrado entre la E.S.E hospital San Francisco de Asís y el municipio de San Francisco - Antioquia", actividades realizadas desde el 3 de diciembre hasta el 30 de diciembre de 2024.

Por favor consignar a la cuenta de Bancolombia ahorro: 32563240678

*mary luz m j*

MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ

C.C. 43879951



Nº RADICACIÓN

433

FECHA RECIBO

30-12-2024

CODIGO DE ARCHIVO

Gerente

ATENDIDO

REQUERIDA Nº

FECHA

DEPENDENCIA

SERIE

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------|
|  <div><b>ESE<br/>HOSPITAL<br/>SAN FRANCISCO DE ASÍS<br/>ANTIOQUIA</b><br/><small>Entidad del Sector Público<br/>Código de Entidad 179 de Nariño<br/>NIT 800133887-9</small></div> | <b>ACTA DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA 6</b> | <b>CODIGO</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                | <b>VERSION</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                | <b>FECHA</b>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                | <b>PAGINAS</b> |

|                           |                                    |                  |
|---------------------------|------------------------------------|------------------|
| <b>CONTRATO</b>           | Nº HSFA077-2024                    |                  |
| <b>VALOR TOTAL</b>        | \$ 12,933,336.00                   |                  |
| <b>OTROS N 1</b>          |                                    |                  |
| <b>CONTRATISTA</b>        | MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ          |                  |
| <b>DOCUMENTO</b>          | CEDULA 43.879.951                  | Tel              |
| <b>CONTRATANTE</b>        | ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS | NIT: 800133887-9 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL</b> |                                    |                  |

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CUIDADORA DE LOS ADULTOS MAYORES EN EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N 004 DE 2024, CELEBRADO ENTRE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS Y EL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA

|                           |                      |                                     |                       |
|---------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <b>PLAZO:</b>             | 5 MESES Y 27 DIAS    | <b>Disponibilidad Presupuestal:</b> | 259                   |
| <b>FECHA INICIACIÓN:</b>  | DEL 03 DE JULIO 2024 | <b>Registro Presupuestal:</b>       | 259                   |
| <b>FECHA TERMINACIÓN:</b> | AL 30 DICIEMBRE 2024 | <b>Rubro Presupuestal:</b>          | 2.1.2.02.02.00.919.01 |

PRORROGA

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENTORÍA

| ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CANTIDAD | OBSERVACIONES                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) revisar, decepcionar, verificar y almacenar adecuadamente los suministros entregados al comedor del adulto mayor para la preparación de los alimentos y apoyo en la distribución a los beneficiarios del programa almuerzo caliente. 2) Realizar día a día el chequeo revisión de los víveres en las calidades y cantidades establecidas. 3) Preparación y cocción de alimentos de lunes a sábado a la población adulta mayor perteneciente al | 33%      | Se cumple a cabalidad con el objeto contractual realizando los procesos y subprocesos Administrativos, conforme a las necesidades. |

VERIFICACIÓN:

| DOCUMENTO               | ANEXA |
|-------------------------|-------|
| Seguridad Social        | Si    |
| Cuenta de Cobro         | SI    |
| Informe Actividad       | Si    |
| Certificado Supervision | Si    |

|                 | VALOR     | COMP. PAGO | FECHA                                       |
|-----------------|-----------|------------|---------------------------------------------|
| ACTA PAGO No. 1 | 2,155,556 |            | DEL 03 DE JULIO AL 02 DE AGOSTO DEL 2024    |
| ACTA PAGO No. 2 | 2,155,556 |            | DEL 03 DE AGOSTO AL 02 DE SEPTIEMBRE 2024   |
| ACTA PAGO No. 3 | 2,155,556 |            | DEL 03 DE SEPTIEMBRE 02 DE OCTUBRE          |
| ACTA PAGO No. 4 | 2,155,556 |            | DEL 03 DE OCTUBRE AL 02 DE NOVIEMBRE 2024   |
| ACTA PAGO No. 5 | 2,155,556 |            | DEL 03 DE NOVIEMBRE AL 02 DE DICIEMBRE 2024 |
| ACTA PAGO No. 6 | 2,155,556 |            | DEL 03 AL 30 DE DICIEMBRE 2024              |
| ACTA PAGO No. 7 |           |            |                                             |

|                              | \$         | %    |
|------------------------------|------------|------|
| VALOR TOTAL                  | 12,933,336 | 100% |
| VALOR A CANCELAR             | 2,155,556  | 17%  |
| VALOR EJECUTADO              | 12,933,336 | 100% |
| VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR | -          | 0%   |

  
SUPERVISION GERENTE

APOYO A LA INTERVENTORIA

|                     |            |
|---------------------|------------|
| FECHA EXPEDICIÓN    | 30/12/2024 |
| COMPROBANTE DE PAGO |            |
| FECHA RENDICIÓN CGA |            |

Elaboró:

Reviso y aprobo:

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 1 de 9 |

N° de Contrato: 077-2024

Fecha del Contrato: 03-07-2024 al 30-12-2024

|                                               |                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Contratista:</b> MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ | <b>NIT/CC:</b> 43879951 |
|-----------------------------------------------|-------------------------|

**Objeto del Contrato:** prestación de servicios como cuidadora de los adultos mayores en ejecución del convenio interadministrativo N° 004 de 2024, celebrado entre la E.S.E hospital san Francisco de Asis y el municipio de san francisco Antioquia

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>Periodo a Informar: DEL 03 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2024</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                         |
| <b>Actividad 1: Ayudar con las actividades básicas de la vida diaria (A.V.D) de las personas mayores institucionalizadas C.B.A, entre las que se podrían incluir la alimentación, el aseo personal, vestirles y la rutina de cuidados diarios.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor                                                                                                                                                                      | Durante el mes de diciembre se continua con la asistencia personalizada a todas las personas mayores del centro de bienestar en donde se les apoya la asistencia en todas las actividades de la vida diaria cuando sea requerida por el usuario de dicho programa, pero sin embargo se está atento según las necesidades y las condiciones de la persona mayor para cualquier eventualidad que ocurra con cada uno de estas personas mayores allí institucionalizadas. | 10 usuarios del C.B.A              | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 2: Desarrollar plan de limpieza y desinfección del área de preparación de alimentos y todas las instalaciones locativas del C.B.A, llenando el registro de esta actividad, teniendo en cuenta tabla de desinfección.</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor                                                                                                                                                                      | Se realiza limpieza de los diferentes espacios de la institución en donde se requiere una adecuada asepsia, utilizando los elementos adecuados como vinagre e hipoclorito, logrando de esta manera la desinfección de cada espacio realizando cada acción en los diferentes turnos empleados durante el mes                                                                                                                                                            | 10 usuarios del C.B.A              | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 3: Supervisar la toma de medicamentos de las personas mayores institucionalizadas.</b>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al                                                                                                                                                                                                                                  | Se realiza la súper visión de la toma de medicamentos de los usuarios en donde se les                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10 Usuarios del C.B.A              | Evidencias fotográficas |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 2 de 9 |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor                   | suministra en los horarios estipulados según formulas médicas y es de tener en cuenta que los adultos mayores no manejen ninguna clase de medicamentos, ya que ellos no pueden manejarlo.                                                                                                                                              |                                     |                                |
| <b>Actividad 4:</b>                                                           | <b>Preparar un plan de cuidado en acompañamiento con la coordinadora del programa gerontológico.</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b>  | <b>Evidencia</b>               |
| 13 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor                   | Se realiza reunión con la coordinadora del programa con el fin de desarrollar un plan de trabajo básico, en donde se analiza la manera de atención personalizada y de calidad para los adultos mayores institucionalizados,                                                                                                            | 10 usuarios del C.B.A               | <b>Evidencias fotográficas</b> |
| <b>Actividad 5:</b>                                                           | <b>Servir toda la alimentación de las personas mayores institucionalizadas y realizar acompañamiento a los procesos de distribución de los alimentos a los beneficiarios del comedor del adulto mayor.</b>                                                                                                                             |                                     |                                |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b>  | <b>Evidencia</b>               |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | En cada turno se realiza la distribución y organización de los alimentos en los horarios establecidos y se tiene en cuenta la asistencia de manera personalizada a algunos usuarios que lo requieran, ya sea que se encuentren enfermos y no desean comer solos y requieren de asistencia para hacerlo                                 | 10 usuarios pertenecientes al C.B.A | Evidencias fotográfica         |
| <b>Actividad 6:</b>                                                           | <b>Apoyar a las personas mayores institucionalizadas que presenten dificultades en su movilidad, como por ejemplo del traslado de la cama a una silla, con el fin de lograr la comodidad.</b>                                                                                                                                          |                                     |                                |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>N° de Personas Intervenidas</b>  | <b>Evidencia</b>               |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro                              | Se realiza una asistencia personalizada con 10 usuarios del C.B.A. Ya que requieren de ayuda para realizar de forma adecuada las actividades de la vida diaria iniciando por el baño, pero sin embargo es de tener en cuenta la asistencia a los adultos mayores que se encuentran en cama en donde diariamente cuentan con asistencia | 10 usuarios del C.B.A               | Evidencias fotográficas        |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 3 de 9 |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| de bienestar al adulto mayor                                                  | personalizada en donde se les apoya para realizarle las actividades de la vida diaria.                                                                                                                                                                                         |                                   |                         |
| <b>Actividad 7:</b>                                                           | <b>Realizar cambio de postura a la persona mayor que se encuentra en cama</b>                                                                                                                                                                                                  |                                   |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                       | <b>N° de Personas Intervenido</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se tiene en cuenta 2 personas mayores que se encuentra en cama se realiza cambio de postura y se levanta y se traslada a su silla de rueda con el fin de permitirle descansar y que pueda compartir con sus compañeros en los momentos de alimentación                         | 2 usuarios del C.B.A              | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 8:</b>                                                           | <b>Realizar terapia física con las personas mayores institucionalizadas.</b>                                                                                                                                                                                                   |                                   |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                       | <b>N° de Personas Intervenido</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se tiene en cuenta realizar ejercicios físicos en las horas de la mañana con el fin de permitirle a los adultos mayores diferentes movimientos corporales y de esta manera evitar el sedentarismo proporcionado por las pocas salidas a la rutina que les genera el día a día. | 10 usuarios del C.B.A             | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 9:</b>                                                           | <b>Acompañar a la persona mayor en sus traslados a los lugares necesarios, como hospital, citas médicas, paseos y demás actividades.</b>                                                                                                                                       |                                   |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                       | <b>N° de Personas Intervenido</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 23 de diciembre de 2024 GANA servicios                                        | En esta fecha del mes de diciembre se brindó el acompañamiento a las personas mayores del centro de bienestar para que pudieran realizar el cobro del subsidio del programa Colombia mayor, al cual todos ellos son beneficiarios.                                             | 10 usuarios del C.B.A             | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 10:</b>                                                          | <b>Preparar por sus propios medios los informes y las operaciones que se requieran para dar cumplimiento a los logros de los objetivos del contenido de este contrato.</b>                                                                                                     |                                   |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                       | <b>N° de Personas Intervenido</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de                                          | Durante este mes se continúa cumpliendo con las actividades propuestas a nivel contractual y se desarrolla el informe mensual en donde se muestra el trabajo                                                                                                                   | 1 persona                         | Evidencias fotográficas |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 4 de 9 |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 2024 centro de bienestar al adulto mayor                                      | desarrollado durante este periodo del informe.                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                         |
| <b>Actividad 11:</b>                                                          | <b>Velar por el cuidado y la conservación de los bienes que le sean encomendados para el cumplimiento de sus actividades.</b>                                                                                                                                                                                       |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Es de vital importancia cuidar por todos los bienes de la institución que quedan a responsabilidad de cada una en el momento de tener un turno, ya que los adultos mayores confían y agradecen por ser pacientes a la hora de poner todo nuestra dedicación y organización en todos los espacios de la institución. | 1 persona                          | Evidencias fotográficas |
| <b>Actividad 12:</b>                                                          | <b>Presentar informes escritos mensuales al jefe de oficina o supervisor del contrato, que den cuenta de la gestión.</b>                                                                                                                                                                                            |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 30 de diciembre de 2024                                                       | Se entrega informe del periodo al finalizar el tiempo contractual, con el fin de brindar información de todas las actividades que se desarrollaron en el transcurso del mes y se justifica algunas dificultades transitorias al corte de este informe.                                                              | 1 persona                          | Informe mensual         |

|                                                                               |                                                                                                                                                             |                                    |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|
| <b>Actividad 13:</b>                                                          | <b>Atender los llamados y observaciones correspondientes a mejorar la prestación del servicio.</b>                                                          |                                    |                        |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                    | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>       |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se atiende a los diferentes llamados de atención y sugerencias que realiza la coordinadora del programa, con el fin de brindar un buen servicio de calidad. | 1 persona                          | Asistencia a reuniones |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 5 de 9 |

|                                                                               |                                                                                                                                       |                                    |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b>Actividad 14:</b>                                                          | <b>Acreditar mensualmente el pago de las obligaciones del Sistema de Seguridad Social y demás obligaciones en materia tributaria.</b> |                                    |                         |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                              | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>        |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se realiza el pago de la seguridad social del mes de en curso.                                                                        | 1 persona                          | Evidencias fotográficas |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Actividad 15:</b>                                                          | <b>Procurar el cuidado integral de su salud</b>                                                                                                                                                                                                  |                                    |                             |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>            |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | En el periodo de este informe se tiene cuidado al desarrollar todas las actividades contractuales, con el fin de evitar accidentes laborales, por tal motivo las actividades que implican fuerza siempre se ejecutan en compañía de otra persona | 1 persona                          | Pago de la seguridad social |

|                                                                               |                                                                                                                                                                  |                                    |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Actividad 16:</b>                                                          | <b>Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.</b>                                                                                 |                                    |                             |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                         | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b>            |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Es importante tener en cuenta que siempre se informa de manera pertinente sobre el estado de salud, si este impide el desarrollo de las actividades contratadas. | 10 usuarios del C.B.A              | Pago de la seguridad social |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 6 de 9 |

|                                                                               |                                                                                                                                          |                                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <b>Actividad 17:</b>                                                          | Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo que el hospital disponga                                                           |                                    |                  |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                 | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b> |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se está atento a cumplir cada una de las normas de seguridad dispuestas en el puesto de trabajo según el riesgo que el hospital detecte. | 1 persona                          | No aplica        |

|                                                                               |                                                                                                                  |                                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <b>Actividad 18:</b>                                                          | <b>Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.</b>  |                                    |                  |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                         | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b> |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Durante este periodo del informe no se realizaron actividades con respecto a la prevención de riesgos laborales. | No aplica                          | No aplica        |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <b>Actividad 19:</b>                                                          | informar las condiciones de riesgo detectadas                                                                                                                                                                           |                                    |                  |
| <b>Fecha y Lugar</b>                                                          | <b>Acciones para lograr la actividad</b>                                                                                                                                                                                | <b>N° de Personas Intervenidas</b> | <b>Evidencia</b> |
| 3 de diciembre al 30 de diciembre de 2024 centro de bienestar al adulto mayor | Se realiza el análisis del puesto de trabajo y se le informa al jefe directo sobre los riesgos, ya que se aplica todo lo aprendido en la capacitación dictada en días anteriores sobre seguridad y salud en el trabajo. | No aplica                          | No aplica        |

|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 7 de 9 |

#### EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





|  |                               |         |               |
|--|-------------------------------|---------|---------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES</b> | Versión | 03            |
|  |                               | Fecha:  | 17/08/2016    |
|  |                               | Página: | Página 9 de 9 |



mary lll m  
Firma del Contratista

J. J. J. J. J.  
Firma del Supervisor y/o Interventor

San Francisco, 30 de diciembre de 2024

Señores  
**ESE Hospital San Francisco de Asís**

Referencia: Certificación Rentas de trabajo que no proviene de una relación laboral.

Yo, MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto 2231 de 2023 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información que suministro a continuación es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas, para aplicar la depuración de la base gravable y la tarifa de retención en la fuente correspondiente a mis ingresos:

| Concepto                                                                                                                                                                                                          | Responda |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|
|                                                                                                                                                                                                                   | SI       | NO |
| Manifiesto a la ESE Hospital San Francisco de Asís de San Francisco como mi agente retenedor, que NO usare costos en mi declaración de renta, para que me sea aplicada la Retención en la Fuente de la tabla 383. | X        |    |

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, para efectos de disminuir la base gravable a la que se aplicara la retención en la fuente, anexar los respectivos soportes según aplique:

| Soportes                                                                                                                              | Responda |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
|                                                                                                                                       | Aplica   | No aplica |
| A) Relación de dependientes para deducción de la base de retención.                                                                   |          |           |
| B) Certificado de cuentas de ahorro para el Fomento de la Construcción- AFC y Autorizo descuento mensual para depositar dicha cuenta. |          |           |
| C) Certificación del pago de las pólizas de salud.                                                                                    |          |           |
| D) Certificación del pago por intereses por Crédito de Vivienda.                                                                      |          |           |
| En caso de que la información anterior cambie, me comprometo a informar oportunamente.                                                |          |           |

mary luz m j  
MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ  
C.C. 43879951

## ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

NIT 800133887-9

DEL 03 AL 30 DE DICIEMBRE 2024

## RETENCIÓN EN LA FUENTE PROCEDIMIENTO 1

Empleado y/o asimilado: MARY LUZ MANRIQUE JIMENEZ CC 43879951

UVT 2024

\$

47,065

## RETENCIÓN RENTAS DE TRABAJO

|                                                                  |    |           |
|------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| Salario (Excluir prima de servicios procedimiento 1 y cesantías) |    |           |
| Horas extras, dominicales y festivas                             |    |           |
| Gastos de representación                                         |    |           |
| Vacaciones                                                       |    |           |
| Prima de Vacaciones                                              |    |           |
| Bonificación por Recreación                                      |    |           |
| Prima de Navidad                                                 |    |           |
| Prima de Servicios                                               |    |           |
| Bonificación por servicios prestados                             |    |           |
| Honorarios                                                       |    |           |
| Servicios                                                        | \$ | 2,155,556 |
| Ingresos laborales                                               | \$ | 2,155,556 |

## INGRESOS NO CONSTITUTIVOS DE RENTA

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| 1. Aportes obligatorios a Pension. (Art. 55 Estatuto Tributario)                                                                                                                                                                      | \$ | 208,000   |
| 2. Aportes obligatorios a Fondo solidaridad Pensional.                                                                                                                                                                                |    |           |
| 3. Aportes obligatorios a salud. (Art. 56 Estatuto Tributario)                                                                                                                                                                        | \$ | 162,500   |
| 4. Aportes voluntarios a fondo de Pensiones obligatorias. (Art. 55 no debe exceder el 25% del ingreso, limitado a 2.500 UVT 117.662.500 al año)                                                                                       |    |           |
| 5. Otros ingresos no constitutivos de renta. (Apoyos economicos otorgados estado o con recursos publicos 46 Et, Remuneración por Actividades científicas y tecnologicas Art. 57-2, Pagos por alimentación a terceros Art. 387-1 Etc.) |    |           |
| Total Ingresos no constitutivos                                                                                                                                                                                                       | \$ | 370,500   |
| Subtotal 1                                                                                                                                                                                                                            | \$ | 1,785,000 |

## DEDUCCIONES

|                                                                                                                                                        |    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| 1. Pago intereses de vivienda o Costo Financiero Leasing Habitacional. Limite maximo 100 UVT Mensuales (\$4.706.500) Dcto 1625 de 2016 Art. 1.2.4.1.23 | \$ | -         |
| 2. Pagos por dependientes. No puede Exceder 32 Uvt Mensuales. \$1.506.080)                                                                             | \$ | -         |
| 3. Pagos Por Salud medicina prepagada. No puede Exceder 16 Uvt Mensuales. 753.040                                                                      | \$ | -         |
| Total Deducciones                                                                                                                                      | \$ | -         |
| Subtotal 2                                                                                                                                             | \$ | 1,785,000 |

## RENTAS EXENTAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| a. Aportes a Fondo de pensiones voluntarias (Art 126 - 1 E.T.) La Sumatoria de los beneficios a (Aportes voluntarios) y b (Aportes AFC), no pueden exceder del 30% del ingreso laboral o tributario del año y hasta un maximo de 3.800 Uvt por año. (178.847.000) Art. 126-1 E.T. | \$ | -         |
| b. Aportes a cuentas AFC (Art 126 - 4 E.T.) La Sumatoria de los beneficios a (Aportes voluntarios) y b (Aportes AFC), no pueden exceder del 30% del ingreso laboral o tributario del año y hasta un maximo de 3.800 Uvt por año. (178.847.000) Art. 126-4 E.T.                    | \$ | -         |
| c. Otros rentas exentas. Art. 206 numerales 1 al 5. (Las rentas exentas de los num 6 al 9 del Art. 206 no estan sujetas al limite del Art. 336 del ET.)                                                                                                                           | \$ | -         |
| Total Rentas Exentas                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ | -         |
| Subtotal 3                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$ | 1,785,000 |

|                                                                        |    |           |
|------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| Renta de Trabajo Exenta (25%). Maximo \$11.295.600 Año 2024. (240 Uvt) | \$ | 448,000   |
| Subtotal 4                                                             | \$ | 1,339,000 |

|                                                                                                   |    |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|
| Cifra control 40% Deducciones y rentas exentas                                                    | \$ | 714,000    |
| En todo caso el Maximo permitido es de 420 UVT Artículo 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 17.813.040 | \$ | 446,000    |
| En todo caso el Maximo permitido es de 420 UVT Artículo 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 17.813.040 | \$ | 19,767,000 |

|                                                          |    |           |
|----------------------------------------------------------|----|-----------|
| Ingreso Laboral Mensual Base para Retención en la Fuente | \$ | 1,339,000 |
| Ingreso laboral gravado en UVT                           | \$ | 28        |
| Retención en la fuente a practicar                       | \$ | -         |

| Hasta       | Tarifa Marginal | Impuesto                                                                  | Retencion por aplicar |
|-------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 95          | 0%              | \$ 0                                                                      | -                     |
| 150         | 19%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 95 UVT)*19%               | -                     |
| 360         | 28%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 150 UVT)*28% más 10 UVT   | -                     |
| 640         | 33%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 360 UVT)*33% más 63 UVT   | -                     |
| 945         | 35%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 640 UVT)*35% más 152 UVT  | -                     |
| 2300        | 37%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 945 UVT)*37% más 266 UVT  | -                     |
| En adelante | 39%             | (Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 2300 UVT)*39% más 270 UVT | -                     |

|                                |    |        |
|--------------------------------|----|--------|
| UVT 2024                       | \$ | 47,065 |
| Ingreso laboral gravado en uvt | \$ | 28     |

|  |    |   |
|--|----|---|
|  | \$ | - |
|--|----|---|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                                                                                                                                                  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                                                                                              |                                   |                                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| TPO IDENTIFICACIÓN:<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:<br>CIUDAD/MUNICIPIO:<br>DIRECCIÓN:<br>TPO APORTANTE:<br>TPO EMPRESA:<br>FORMA DE PRESENTACIÓN:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD: SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA:<br>SAN FRANCISCO<br>SECTOR COMERCIO PISO 3<br>G2-INDEPENDIENTE<br>PRIVADA<br>UNICO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>43879951<br>MARI LUZ MARIQUE JIMENEZ<br>ANTIOQUIA<br>8323030<br>I-INDEPENDIENTE<br>Otros trabajos de edición:<br>NO |  | NÚMERO PLANILLA:<br>2331107245<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS<br>DÍAS DE MORA:<br>2024/12/12<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN:<br>896071 | MES:<br>diciembre<br>AÑO:<br>2024 | TIPO DE PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN SALUD:<br>MES:<br>diciembre<br>AÑO:<br>2024 | I-INDEPENDIENTES<br>2024 |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                 |             |              |            |      |            |      |              |      |      |            |
|-------------------------|-----------------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|------|------|------------|
| APORTES VOLUNTARIOS     |                 | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |      |      |            |
| EMPLEADOR               | COTIZANTE       | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |      |      |            |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1           | \$ 208.000   | \$ 0       | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 208.000   | \$ 0 | \$ 0 | \$ 208.000 |
| SUBTTOTALES:            |                 |             |              |            |      | \$ 208.000 | \$ 0 | \$ 208.000   | \$ 0 | \$ 0 | \$ 208.000 |

| TOTAL APORTES A SALUD      |                          |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |      |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|
| INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |                          | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR                    | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA |
| EP5040                     | EP5040 - SAVIA SALUD EPS | 1                   | \$ 0  | \$ 0          | \$ 0  | \$ 162.500  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 162.500 | \$ 0 |
| SUBTTOTALES:               |                          |                     |       |               |       | \$ 162.500  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 162.500 | \$ 0 |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |               |               |       |             |             |            |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|---------------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| INCAPACIDAD IRP                       |               | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES   |      |           |              |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN                   | VALOR         | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25                                 | 14-25-COLMENA | 1             | \$ 0  | \$ 0        | \$ 0        | \$ 31.700  | \$ 0        | \$ 31.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 31.700    |
| SUBTTOTALES:                          |               |               |       |             |             | \$ 31.700  | \$ 0        | \$ 31.700 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 31.700    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                          |                                                |                |                 |           |            |      |                  |           |            |             |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------|------------|------|------------------|-----------|------------|-------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                          |                                                |                | PENSIÓN         |           |            |      | SEGURIDAD SOCIAL |           |            |             |
| Nº IDENTIFICACIÓN             | NOMBRES COTIZANTE        | TPO COTIZANTE                                  | SALARIO BÁSICO | ADMIN           | IBC       | COTIZACIÓN | FSP  | ADMIN            | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES |
| CG 43879951                   | MARIQUE JIMENEZ MARY LUZ | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | \$ 1.300.000   | 230301-PORVENIR | 1.300.000 | \$ 208.000 | \$ 0 | 230301-PORVENIR  | 1.300.000 | \$ 162.500 | \$ 0        |

TOTAL \$ 402.200

Empresa: E S E HOSPITAL SAN  
NIT: 800133887  
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: ContratistasDiciembr  
Secuencia: A  
Número de cuenta a debitar: 01429838208

Fecha: 30-12-2024  
Hora: 14:47:56  
Fecha de Generación: 30-12-2024

Fecha de envío del pago: 30-12-2024  
Fecha para Procesar el pago: 30-12-2024

Impreso por: Hospi2020

|                                       |                                             |                                    |                                            |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| Total Registros del Lote: 7           | Registros Procesados: 6                     | Registros Rechazados: 0            | Registros Pendientes: 1                    |
| Valor Total del Pago: \$14,442,076.00 | Valor Registros Procesados: \$13,383,392.00 | Valor Registros Rechazados: \$0.00 | Valor Registros Pendientes: \$1,058,684.00 |

| NÚMERO DE CUENTA  | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR        | ENTIDAD          | ESTADO                                         | FECHA APLICACIÓN |
|-------------------|----------------|------------------------|---------------------|--------------|------------------|------------------------------------------------|------------------|
| 39710760938       | Ahorros        | 21665102               | EMMA DE JESUS GIRA  | 2,347,400.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 32563240678       | Ahorros        | 43879951               | MARY LUZ MANRIQUE   | 2,134,000.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 13117647613       | Ahorros        | 1020404319             | ALEIDA DEL SOCORRO  | 2,105,400.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 32568178369       | Ahorros        | 43879541               | LUZ AMPARO GONZALE  | 1,818,300.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 32590016372       | Ahorros        | 21664631               | DORA PEREZ          | 2,027,300.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 32542102232       | Ahorros        | 1000405179             | MANUELA GONZALEZ    | 2,950,992.00 | BANCOLOMBIA      | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 30-12-2024       |
| 00550488420086396 | Ahorros        | 1050945233             | GUSTAVO ADOLFO DIA  | 1,058,684.00 | BANCO DAVIVIENDA | POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH                  | 30-12-2024       |