
	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	
		HLF	
<b>FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>			

**LA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL  
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**

**VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL No 042-01**

Que el señor (a) LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ identificado con cedula de ciudadanía número 1.119.893.225, expedida en Villavicencio-Meta, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 042 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes ENERO del año 2025, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Capital Salud	9481491764	358.400
Colpensiones	9481491764	458.700
Positiva	9481491764	69.900
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 887.000</b>

En constancia se firma el día 14 del mes de febrero del año 2025

*Lisbeth Ordoñez Sánchez*

**LISBETH ORDOÑEZ SANCHEZ**

**CONTRATO NUMERO 011 DE 2025**

**Profesional Salud Ocupacional**

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas

Cel: 3175151318

[gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF	No
CC 1119893225		SANCHEZ GONZALEZ LYNA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 N 8a - 55 manzana 1era20	GRANADA-META	6877208		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-01	1259071659	9481491764	1	2025/02/07	2025/02/11	BANCOLOMBIA	4	\$635,400	

**RESUMEN DE PAGO**

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$327,700	\$900	\$0	\$328,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$327,700	\$900	\$0	\$328,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,900	\$200	\$0	\$50,100
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$49,900	\$200	\$0	\$50,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$700	\$0	\$256,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$256,000	\$700	\$0	\$256,700
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$633,600</b>	<b>\$1,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$635,400</b>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	Reason Social		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 N 8a - 55 manzana Tercero	GRANADA-META	8871208	No				
CC 1119893225		SANCHEZ GONZALEZ LYNA KATHERIN											

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor	
2025-01	Salud	Pago	Planilla	2025/02/07	2025/02/11	BANCOLOMBIA	Dias Mora	4	5635,400
		9481491764	1						

**RESUMEN DE PAGO**

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$327,700	\$900	\$0	\$328,600
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$327,700	\$900	\$0	\$328,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,900	\$200	\$0	\$50,100
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860.011.153	6	1	\$49,900	\$200	\$0	\$50,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$700	\$0	\$256,700
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	1	\$256,000	\$700	\$0	\$256,700
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$633,600</b>	<b>\$1,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$635,400</b>

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA  
Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12

DOCUMENTO SOPORTE : N° 42-01

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar: Para personas naturales no comerciantes ó inscritas en Régimen Simplificado

RAZON SOCIAL : HOSPITAL LOCAL DE FUENTEDEORO

DIRECCIÓN : Cra. 14 No. 14 36 - Barrio Las Brisas

TELÉFONO :

NIT : 822.001.570 DV 3

FECHA DE LA

TRANSACCIÓN : 31-ene-25

C.C. No. 1.119,893,225 cumaral (Meta)

NOMBRE Y

APELLIDOS DEL

BENEFICIARIO DEL

LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ

PAGO :

CIUDAD Y DIRECCIÓN

DEL BENEFICIARIO :

CODIGO ACTIVIDAD

ECONOMICA:

8621

CONCEPTO:

No. De Contrato 42

Programa o Unidad Funcional: Urgencias, coordinación médica

Periodo de cobro: 07-31 de enero 2025

Objeto del contrato:

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL LOCAL  
PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO

VALOR DE LA OPERACIÓN 5,053,070

RETENCIÓN EN LA FUENTE

VALOR A PAGAR 5,053,070

FIRMA:

Lina Katherin Sanchez P.

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUT

Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

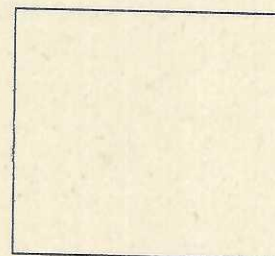
## DECLARACION JURAMENTADA

Yo, LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.119.893.225 *cumara* - Meta, Colombia, en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local Primer Nivel E.S.E Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No 0042 de ENERO de 2025, por medio del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento en los términos que consagra la Ley, que los documentos que presento al área de Contratación y Órdenes de Pago, corresponde al pago de Seguridad Social en Salud del mes de ENERO del 2025, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro Meta, a los (31) días del mes de ENERO, del Dos mil veinticinco (2025)

*Lina Katherin Sanchez G.*  
LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ  
C.C. No. 1.119.893.225 *cumara meta*

HUELLA



Fuente de oro, 31 de enero de 2025

Señores  
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO  
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para efectos tributarios –Ley 2277 de 2022.

Cordial saludo:

Yo, , LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ identificado con Cédula de Ciudadanía Número 1.119.893.225 expedida en Cumaral (Meta), obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 01 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 042 de ENERO de 2025 objeto de esta declaración:

1. Que de conformidad con el párrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, mis ingresos corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y me acojo a la depuración de retención en la fuente por pagos mensualizados indicada en el párrafo 2 del párrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del período comprendido DE ENERO 2025. En los pagos que me realice EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO de acuerdo con los siguientes factores:

Descripción	Valor
Deducción por intereses pagados en el año _____ por adquisición de vivienda	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$ 0

Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad

2. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE CONTRATISTA: \_ LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ  
No IDENTIFICACIÓN Y DV: C.C. 1.119.893.225 - Meta

Lina Katherin Sanchez

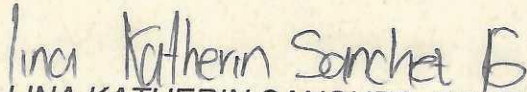
**NOTA:** El presente documento será anexo del formato VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DE CONTRATOS, para trámite de cuenta.

**INFORME DE ACTIVIDADES No. 01**

CUENTA DE COBRO NUMERO:	01
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ
IDENTIFICACION:	CC. 1.119.893.225
CONTRATO NUMERO:	042 DE ENERO DE 2025
PERIODO EJECUTADO:	07 AL 31 DE ENERO DE 2025
VALOR A COBRAR:	\$ 5.053.070 M/CTE
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO.

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención médica general en el área de urgencias, consulta externa, hospitalización, sala de partos, transporte asistencial básico haciendo el diagnostico, determinando la terapia de los pacientes y acompañamiento a la evolución de la enfermedad.	CUMPLE AL 100%
2. Diligenciar en el módulo correspondiente del programa Prosoft, en forma correcta y completa la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	CUMPLE AL 100%
3. Realizar el control médico a pacientes.	CUMPLE AL 100%
4. Realizar la solicitud oportuna y racional de exámenes de apoyo diagnostico o terapéutico.	CUMPLE AL 100%
5. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	CUMPLE AL 100%
6. Tramitar la remisión de pacientes a servicios de mayor complejidad de ser necesario y acompañar si aplica remisiones a las diferentes instituciones de nivel superior de complejidad.	CUMPLE AL 100%
7. Realizar en su área específica las actividades correspondientes a medicina legal.	CUMPLE AL 100%
8. Diligenciar las fichas de notificación y reportar las enfermedades de Interés en Salud Pública.	CUMPLE AL 100%
9. Aplicar los protocolos y guías adoptados por el Hospital.	CUMPLE AL 100%
10. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del Hospital según Resolución 3280 de 2018.	CUMPLE AL 100%
11. No abandonar el área de urgencias y hospitalización, hasta ser entregado al personal del siguiente turno.	CUMPLE AL 100%
12. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de	CUMPLE AL 100%

Gestión de la Calidad, cuando se convoque.	
13. Realizar el reporte de eventos adversos, así como de novedades del servicio, en los formatos Institucionales, si se llegan a presentar.	CUMPLE AL 100%
14. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros	CUMPLE AL 100%
<b>ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME</b>	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL NUMERO:	<b>ENERO:</b> 9481491764

  
 LINA KATHERIN SANCHEZ GONZALEZ  
 CC. 1.119.893.225 CUMARAL- META

Documento paciente  
0000000010132

Documento: Nombre: CARI DI SANCHEZ GONZALEZ LINA KATHERIN

Muestra: 1 por página

COD	DESCRIP	TIPO_CITA	FECHA	HORA	COMENTARIO	DOBLE	DESCRIP_EST	CUPS	DESCRIP_CUPS	EDAD	COMPROB
3004912	LEZANO SANCHEZ DEYANNA	C. Emerg	2025-01-13	07:50	CONTROL CRONICO	DOBLE			NO ENCONTRADO	4058	332480
3004912	LEZANO SANCHEZ DEYANNA	C. Emerg	2025-01-13	07:20	CONTROL CRONICO	DOBLE			NO ENCONTRADO	4058	332480
3044202	CALDERON SUTHERBY DEBORA	C. Emerg	2025-01-13	07:55	CE			890021	CONSULTA PRIMER VEZ MED GENL	4061	332480
2713044	HERRERA LINARES MARIA GLADYS	C. Emerg	2025-01-13	07:40	LECTURA			890021	CONSULTA LECTURA DE PARACENTESIS	4061	332480
3100776	LOPEZ SUAREZ	C. Emerg	2025-01-13	07:50	LECTURA			890021	CONSULTA LECTURA DE PARACENTESIS	4061	332480
4101443	MARCHELA ALVAREZ GLEY OMBELI	C. Emerg	2025-01-13	08:00	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332480
4121443	MARCHELA ALVAREZ GLEY OMBELI	C. Emerg	2025-01-13	08:10	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332480
3003643	CHOLA PARRA ELIZABETH	C. Emerg	2025-01-13	08:30	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4065	332500
3003643	CHOLA PARRA ELIZABETH	C. Emerg	2025-01-13	08:30	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4065	332500
3003643	GARRIGA PINZON MARTHA GALEY	C. Emerg	2025-01-13	08:40	CE	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4067	332500

Página 1 de 2

Documento paciente  
0000000010132

Documento: Nombre: CARI DI SANCHEZ GONZALEZ LINA KATHERIN

Muestra: 1 por página

COD	DESCRIP	TIPO_CITA	FECHA	HORA	COMENTARIO	DOBLE	DESCRIP_EST	CUPS	DESCRIP_CUPS	EDAD	COMPROB
4047403	LLANOS ROMEROZ YARETH	C. Emerg	2025-01-14	07:50	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4047	332500
4047402	LLANOS ROMEROZ YARETH	C. Emerg	2025-01-14	07:50	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4047	332500
3040705	CARDON ORJUELA DIANA	C. Emerg	2025-01-14	08:30	CE			890021	CONSULTA PRIMER VEZ MED GENL	4062	332500
3003076	DEJADO MESA ALIDA	C. Emerg	2025-01-14	08:10	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332500
3003076	DEJADO MESA ALIDA	C. Emerg	2025-01-14	08:20	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332500
11203140	MONTENEGRO YERMIN	C. Emerg	2025-01-14	08:30	CE				NO ENCONTRADO	4060	332500
11203084	SALGADO RODRIGUEZ JULIAN	C. Emerg	2025-01-14	08:40	CE				NO ENCONTRADO	4060	332500
3003076	FERRERIA GONZALEZ CAMARON TAJAN	C. Emerg	2025-01-14	08:50	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332500
2000134	KANAZO LOPEZ CAMARON TAJAN	C. Emerg	2025-01-14	08:50	CONTROL MEDICAMENTOS	DOBLE		890021	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4060	332500

Página 1 de 2

HISTORIAL LOCAL USP - CONSULTAS

Documento paciente: 00000000000000000000

Documento: Nombre: Sexo:

Fecha Nac: Edad: R/H: Sexo: Pulo: Estado historial:

USP CONTROL - USU LISA XATRENO GONZALEZ

Historial

COD	DESCRIP	TIPO_CITA	FECHA	HORA	OBSERV	DOBLE	DESCRIP_EST	CUPS	DESCRIP_CUPS	EDAD	CODPUBO
6700020	VELAZO RAMIREZ AMPARO	C. Estera	2023-01-01	07:00	INGRESO CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
6700020	VELAZO RAMIREZ AMPARO	C. Estera	2023-01-01	07:30	INGRESO CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
00000000000000000000	VELAZO RAMIREZ AMPARO	C. Estera	2023-01-01	07:40	LECTURA	SI/NO	89001	89001	CONSULTA LECTURA DE PARALISIS	4000	000000
2000000	GODOY TORRES PEDRUP	C. Estera	2023-01-01	08:00	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000
00000000000000000000	GODOY TORRES PEDRUP	C. Estera	2023-01-01	08:00	LECTURA	SI/NO	89001	89001	CONSULTA LECTURA DE PARALISIS	4000	000000
11000000	LIMAY MENDOZA LINA SANTIAGO	C. Estera	2023-01-01	08:00	DEFERIDO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
00000000000000000000	PERNAVEZ PIEDRAHITA ADELaida	C. Estera	2023-01-01	08:40	CONTROL CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
00000000000000000000	PERNAVEZ PIEDRAHITA ADELaida	C. Estera	2023-01-01	08:50	CONTROL CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
00000000000000000000	PERNAVEZ PIEDRAHITA ADELaida	C. Estera	2023-01-01	09:00	CONTROL CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000
00000000000000000000	PERNAVEZ PIEDRAHITA ADELaida	C. Estera	2023-01-01	09:10	CONTROL CRONICO	SI/NO	89001	89001	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	4000	000000

Página 1 de 1

USP CONTROL - USU LISA XATRENO GONZALEZ

HISTORIAL LOCAL USP - CONSULTAS

Documento paciente: 00000000000000000000

Documento: Nombre: Sexo:

Fecha Nac: Edad: R/H: Sexo: Pulo: Estado historial:

USP CONTROL - USU LISA XATRENO GONZALEZ

Historial

COD	DESCRIP	TIPO_CITA	FECHA	HORA	OBSERV	DOBLE	DESCRIP_EST	CUPS	DESCRIP_CUPS	EDAD	CODPUBO
00000000000000000000	MENDOZA ALFONSO VESILIA PAOLA	C. Estera	2023-01-01	08:20	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000
00000000000000000000	MENDOZA ALFONSO VESILIA PAOLA	C. Estera	2023-01-01	08:30	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000
00000000000000000000	MENDOZA ALFONSO VESILIA PAOLA	C. Estera	2023-01-01	08:40	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000
00000000000000000000	MENDOZA ALFONSO VESILIA PAOLA	C. Estera	2023-01-01	08:50	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000
00000000000000000000	MENDOZA ALFONSO VESILIA PAOLA	C. Estera	2023-01-01	09:00	VE	SI/NO	89001	89001	CONSULTA PRIMER VEZ MED URG	4000	000000

Página 2 de 2