
	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código HLF	
	FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		

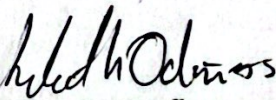
**LA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**

VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL No 061-03

Que el señor (a) **PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON** identificado con cedula de ciudadanía número 40.447.704, expedida en Granada-Meta, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 061 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes **MARZO** del año 2025, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Salud Total	9481855041	\$ 178.000
Colpensiones	9481855041	\$ 227.800
Positiva	9481855041	\$ 34.700
TOTAL		\$ 440.500

En constancia se firma el día 11 del mes de marzo año 2025


LISBETH ORDOÑEZ SANCHEZ
CONTRATO NUMERO 011 DE 2025
Profesional Salud Ocupacional

Carrera 14 # 14-36 Barrio Las Brisas
Cel: 3175151318
gerencia@hospitalfuentedeorometa.gov.co

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILON
 CC. 40.447.704/ Granada Meta
 Auxiliar en Enfermería
 Informe No. 03

CUENTA DE COBRO NUMERO:	003
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
IDENTIFICACION:	C.C 40.447.704
CONTRATO NUMERO:	061
PERIODO EJECUTADO:	DEL 01 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2025
VALOR PARA COBRAR:	DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$2.800.000)
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DAR CONTINUIDAD A LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
<p>1. Dar continuidad a la estrategia de Atención Primaria en salud en el territorio, fortaleciendo el Programa Ampliado de Inmunizaciones, realizando la vacunación extramural de la población susceptible del municipio de Fuentedeoro, cumpliendo con las coberturas útiles de vacunación acorde a lo establecido en los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la estrategia APS (Lineamiento técnico - operativo de equipos básicos de salud: conformación, operación y seguimiento, septiembre de 2024), circular externa número 0017 del 25 de octubre de 2024 y la resolución 3280 del 2018.</p>	<p>Se realiza vacunación casa a casa en las veredas Puerto Aljure, Puerto Santander, La cooperativa, pto limon, caño blanco, mogotes, puerto Poveda, la unión del ariari, Barrio triunfo, villamargarita</p> <p>Vacunando 33 niños menores de 6 años con las siguientes dosis: 28 poliometitis 12 Dpt 16 Varicela 12 Triple viral 10 Rotavirus 12 Neumococo 10 Pentavalente 2 sarampion y rubeola</p> <p>8 VPH en población de 9 años mujeres 6 VPH en población de 9 años hombres 16 VPH en población de mayor de 10 años</p> <p>2 Tdap en Gestante 30 Fiebre Amarilla 27 Toxoide tetanico</p> <p>Se hicieron 90 llamadas telefónicas, realizando así demanda inducida a la población del municipio</p>

FIRMA DE APROBACION
 COORDINADORA PAI

Camila Angulo

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILON
CC. 40.447.704/ Granada Meta
Auxiliar en Enfermería
Informe No. 03

2. Elaborar y ejecutar el cronograma de supervisión establecido en la programación de vacunación por el coordinador de la estrategia de APS.	Se realiza elaboración y entrega del cronograma de actividades de vacunación a la coordinadora PAI
3. Realizar de manera diaria la entrega de consolidado de los RIPS a los gestores para realizar el proceso de facturación de la población vacunada.	Para la ejecución de esta obligación diariamente se realizó entrega RIPS para realizar el proceso de facturación de la población vacunada
4. Cumplir con el cargue al sistema de información PAIWEB de la población vacunada, con el objetivo de mantener la coherencia con las demás fuentes de información.	Se realizo cargue al sistema de información PAIWEB de la población vacunada
5. Realizar recibo y entrega diaria de inventario de insumos y papelería a la persona encargada de la red de frío del Hospital Local Primer Nivel ESE Fuentedeoro, con el ánimo de cumplir con el diligenciamiento diario de dosis aplicadas en los diferentes sistemas de información.	Se realiza diariamente entrega y recibo de inventario de insumos y papelería Se realiza toma de temperatura según cronogramada establecido para sábados y domingos Se realiza limpieza y desinfección (plaquetas, termos) después de cada jornada Se realiza material (algodón), se realiza alistamiento de cubetas para esterilizar.
6. Realizar la construcción y seguimiento de las cohortes de acuerdo con la población encontrada y vacunada.	Se realiza verificación y seguimiento de las cohortes, esquema regular y VPH de base de datos asignada por la coordinadora PAI, mediante la plataforma PAIWEB y llamadas telefónicas Se realiza reunión con la coordinadora Pai para socialización y seguimiento a la cohorte.
7. Asistir a las reuniones con el equipo básico en salud que le acompañe para determinar los avances, logros y/o dificultades y su posterior formulación de estrategia de reducción de riesgos o retrasos en la ejecución.	Se participa en reunión con el equipo básico en salud
8. Participar en todas y cada una de las reuniones convocadas desde la Empresa Social del Estado para informar sobre el proyecto, desempeño del personal y demás acuerdos al objeto contractual	Se participa en reunión y apoyo en brigadas de salud en Puerto Aljure y Puerto Poveda
9. Entregar los informes y productos durante los cinco (5) primeros días del mes, requeridos de acuerdo con lo estipulado en el contrato y los que le solicite el supervisor para el control y supervisión en el desarrollo y ejecución del contrato.	Para el periodo en ejecución se entrega informe mensual

ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME

FIRMA DE APROBACION
COORDINADORA PAI

Camila Bogdax

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILON
CC. 40.447.704/ Granada Meta
Auxiliar en Enfermería
Informe No. 03

ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME

PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
NUMERO:

9481855041 MARZO 2025

ANEXO PLANILLA DE PAGO No 9481855041 QUE CORRESPONDEN AL 40% DEL IBC
DEL PAGO DE ESTE MES.

Paola A. Salazar C.

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
CC. 40.447.704 GRANADA(META)

FIRMA DE APROBACION
COORDINADORA PAI

Camila Angulo

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILON
CC. 40.447.704/ Granada Meta
Auxiliar en Enfermería
Informe No. 03

REGISTRO FOTOGRAFICO



1. Alistamiento biológico



2. Alistamiento material



3. Vacunación rural



4. Vacunación urbano

FIRMA DE APROBACION
COORDINADORA PAI

Camila Argüelles

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILON
CC. 40.447.704/ Granada Meta
Auxiliar en Enfermería
Informe No. 03



5. Vacunación



6. Revisión y seguimiento a cohorte



7. Apoyo brigadas de salud



8. Reunión equipo APS

FIRMA DE APROBACION
COORDINADORA PAI

Camila Zuzue

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

DOCUMENTO SOPORTE No: 061-03

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

RAZON SOCIAL :	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO		
DIRECCIÓN:	Cra. 14 No. 14 38 - Barrio Las Brisas	TELÉFONO :	3175151318
NIT:	822.001.570	DV 3	
FECHA DE LA TRANSACCIÓN :	31 de marzo de 2025	C.C. No.	40447704 DE GRANADA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:	PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO :	GRANADA Meta, barrio ricauté		
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA:	8899		
CONCEPTO:	Valor por servicios prestados como Auxiliar de enfermería en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro, durante el 1 AL 31 de marzo 2025, según contrato de prestación de servicios No. 061 del 13 de ENERO de 2025		
No. De Contrato	061	Programa o Unidad Funcional:	VACUNACION
Periodo de cobro:	1 AL 31 de marzo 2025		
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA FORTALECER AL PROGRAMA ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION E.S.E DE FUENTEDEORO		
	VALOR DE LA OPERACIÓN	\$	2.800.000
	RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$.
	VALOR A PAGAR	\$	2.800.000
FIRMA:	Paola A Salazar C.		

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUI
 Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, Paola Andrea Salazar Castrión, identificada con la cedula de ciudadanía No. 40.447.704 de Granada, en mi calidad de contratista en el Hospital Fuentedeoro E.S.E., dentro del Contrato de prestación de servicios N. 061 de enero 13 de 2025 por medio del presente documento, declaro bajo gravedad del juramento en los términos que consagra la ley, que los documentos que presento el área de contratación y soportes de pago, correspondiente al pago de seguridad Social en salud, corresponden al mes de marzo de 2025, el cual anexo para la respectiva planilla de pago.

Para constancia se firma en Fuentedeoro Meta el día 31 del mes de marzo de 2025.



Paola A. Salazar C
PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
C.C. N. 40447704 DE GRANADA

Fuentedeoro, 31 de marzo de 2025

Señores
HOSPITAL LOCAL I NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

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

Cordial saludo:

Yo, PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON, identificada con Cédula de Ciudadanía Número 40447704 expedida en Granada, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 03 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 061 DEL 13 DE ENERO DE 2025 objeto de esta declaración

1. Que de conformidad con el parágrafo 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 parágrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 01 de marzo de 2025 al 31 de marzo de 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 2022 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:
N° IDENTIFICACIÓN Y DV:

Paola A. Salazar C

PAOLA ANDREA SALAZAR CASTRILLON
CC 40447704 DE GRANADA

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

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía ▼

Número de documento

40447704

EPS

SALUD TOTAL



Valor aportado a EPS

178000



Clave de pago

9481855041



Período de cotización (salud)

2025 ▼

03 ▼



No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC-04417704		SALAZAR CINTRILLON PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 N 10 50	GRANADA-META	590000	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2025-03	2025-03	27341917	9481959041	I	2025/04/02	2025/03/04	BANCO DE OCCIDENTE	0
								\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	