
	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 036-5

Que el señor (a) **MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO** identificado con cedula de ciudadanía número 40.405.354, expedida en Riofrio-Valle, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 036 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes MAYO del año 2025, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Nueva EPS	9485178594	\$ 178.000
Protección	9485178594	\$ 227.800
Positiva	9485178594	\$ 34.700
TOTAL		\$ 440.500

En constancia se firma el día 26 del mes de mayo del año 2025


LISBETH ORDÓÑEZ SANCHEZ
CONTRATO NUMERO 011 DE 2025
Profesional Salud Ocupacional

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

DOCUMENTO SOPORTE No: 36-5

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 36 - Barrio Las Brisas	TELÉFONO :	3132208417
NIT:	822.001.570	DV 3	
FECHA DE LA TRANSACCIÓN :	31 de mayo de 2025	C.C. No.	40.405.354
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:	MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO :	Fuentedeoro Meta carrera 10 A 7 a 23 Barrio san jorge		
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA:	8699		
CONCEPTO:	Valor por servicios prestados como Auxiliar de enfermería (en el servicio de laboratorio) en el Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuentedeoro, durante el 01 de mayo al 31 mayo de 2025, según contrato de prestación de servicios No. 036 del 07 de enero de 2025		
No. De Contrato	36	Programa o Unidad Funcional:	CONSULTA EXTERNA
Periodo de cobro:	01 de mayo al 31 de 2025		
Objeto del contrato:	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO PARA LA EJECUCION Y DESARROLLO DEL PROCESO INTEGRAL DE ATENCION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO		
	VALOR DE LA OPERACIÓN	2.025.870	
	RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ -	
	VALOR A PAGAR	2.025.870	
FIRMA: <i>Martha Isabel Sanchez</i>			

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

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO; identificado con la cedula de ciudadanía No. 40.405.354 de fuentedeoro, Colombia, en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local E.S.E, Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No.036 del 7 enero-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 Ordenes de Pago, corresponde al pago de Seguridad Social en Salud del mes de mayo 2025, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro, Meta, a los treinta y un días (31) del mes de mayo del Dos mil Veinticinco (2025).

Martha Isabel Sánchez
Martha Isabel Sánchez castro
C.C. No. 40.405.354 de fuentedeoro

HUELLA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENNA e ICBF
CC 4040334		SANCHEZ CASTRO MARTHA ISABEL		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIR 10 a # 7a - 23 SAN JORGE	FUENTE DE ORO-META	5555555	No		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Periodo		Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
2025-05		2025-05		1000000311	9405178594	1	2025/06/13	BANCO DE BOGOTA	2025/05/26	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (3 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$34,700			\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$34,700			\$0	\$0		
Ciudad: FUENTE DE ORO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$34,700			\$0	\$0		
1	CC	4040334	SANCHEZ MARTHA	230201	30	\$227,800	EP0027	30	\$0	\$0	14-23	30	\$0	\$34,700	0		\$0	\$0			
Total Afiliados (3)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$34,700			\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENIA e ICBF	No				
CC 4040334		SANCHEZ CASTRO MARTHA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10 A # 76 - 23 SAN JORGE	FUENTE DE ORCA-META	5555555						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1000000311	9485178994			1	2025/06/13	2025/05/26	BANCO DE BOGOTIA			0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
APP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
POSITIVA COMPANIA 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	
NUENA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	



Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento Número de documento
Cédula de ciudadanía 40405354

EPS
NUEVA E.P.S.



Valor aportado a EPS
178000



Clave de pago
9485178594



Período de cotización (salud)
2025 05



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.

Fuente de oro, 31 de mayo de 2025

Señores
HOSPITAL LOCAL I NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

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

Cordial saludo:

Yo, MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 40.405.354. Expedida en FUENTEDEORO (Meta), obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 05 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 36 de fecha 07 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 periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2025 al 31 de mayo 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 _____ por adquisición de vivienda	\$
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$

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
1120369422	JUAN NICOLAS	PARRADO	SANCHEZ	HIJO	14 AÑOS

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

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA: Martha Isabel Sanchez
NOMBRE CONTRATISTA: MARTHA ISABEL SANCHEZ
N° IDENTIFICACIÓN Y DV: 40.405.354. FUENTEDEORO (Meta)

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

INFORME DE ACTIVIDADES No. 5	
CUENTA DE COBRO NUMERO:	5
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO
IDENTIFICACION:	40.405.354
CONTRATO NUMERO:	036
PERIODO EJECUTADO:	MAYO
VALOR A COBRAR:	2.025.870
OBJETO:	Prestar los servicios como auxiliar de enfermería en el hospital de Fuentedeoro
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Tomar las muestras de los pacientes remitidos desde las diferentes áreas del Hospital al Laboratorio Clínico	Se tomaron 1.208 muestras en el laboratorio
2. Recibir y recolectar las muestras que se van a analizar en el Laboratorio y clasificarlas	Todas las muestras se rotulas de acuerdo con el código de secuencia
3 preparar las muestras y el material necesario para la realización de los análisis.	Se prepararán las muestras para que la bacterióloga las procese
4. Entregar los resultados de los análisis al personal de los servicios que los solicitaron	Se entregan los reportes al servicio de urgencias y hospitalización según sean requeridos
5. Llevar los registros y los archivos de los trabajos realizados e informes relativos a exámenes y resultados obtenidos para efectos estadísticos.	Todos los trabajos e informes se encuentran en el programa prosoft
6. Realizar mantenimiento y aseo de los aparatos, elementos y demás equipos del Laboratorio Clínico.	Esta actividad se realiza a diario
7 Dar instrucciones específicas a los usuarios sobre la forma como se debe recolectar las muestras y las condiciones con que se debe presentar al examen.	A cada paciente se le explica la forma adecuada de tomar las muestras
8. Participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque	No se hicieron turnos en esos servicios
9. asistencia a las capacitaciones institucionales	A todas he asistido
10. Toma de muestra de laboratorios a domicilio (solicitada por el médico en la formulación médica)	NO SE TOMARON
11. Ejecutar y apoyar las actividades del plan de intervenciones colectivas (PIC) que se asignen	SE CUMPLIO
12 participar en los procesos de implementación, gestión y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de la calidad, en cuanto se convoque	SE CUMPLIO
13. 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.	SE CUMPLIO

ESTERILIZACION	
1. Velar y mantener el estado de asepsia en la central de esterilización	SE CUMPLIO
2. Velar por el adecuado funcionamiento y mantenimiento de los equipos de la central de esterilización	SE CUMPLIO
3. Revisar continuamente la fecha de esterilización de los equipos y paquetes	SE CUMPLIO
4. Recibir, revisar, contabilizar la ropa enviada por lavandería y los utilizados en servicio	SE CUMPLIO
5. Utilizar adecuadamente los medios establecidos para controlar la esterilización	SE CUMPLIO
6. Esterilizar el instrumental, el material médico quirúrgico y ropa necesaria para los diferentes servicios del Hospital, de acuerdo con los protocolos de esterilización	SE CUMPLIO
7. Organizar cada equipo y paquetes estériles en su sitio correspondiente	SE CUMPLIO
8. Elaborar material médico quirúrgico: gasas, torundas de algodón, apósitos, compresas, mechas, drenes, entre otros, en la cantidad necesaria para los diferentes servicios.	SE CUMPLIO
9. Registrar y controlar la entrada y salida de paquetes e instrumental	SE CUMPLIO
10. Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos.	SE CUMPLIO
11. Ejercer las demás actividades de acuerdo con la naturaleza de su cargo.	SE CUMPLIO
ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL NUMERO:	9485178594

Martha Isabel Sanchez

NOMBRE: MARTHA ISABEL SANCHEZ CASTRO
C.C. 40.405.354

"Unidos al servicio de la gente".