 HOSPITAL "SAN RAFAEL" E.S.E. EL CERRITO VALLE	MACROPROCESO: Apoyo.	Código: GFCO-FP-001
	PROCESO: Gestión Financiera.	Versión: 001
	SUBPROCESO: Contabilidad.	Fecha: 03/31/2011
	LISTA DE CHEQUEO CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS PROVEEDORES	Página 1 de 1

FECHA: JULIO/ 2025

NOMBRE DEL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA: MONICA SOTO SANCHEZ

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DE EL CERRITO

CLASE: Contrato Convenio Ninguno No.

CLASE DE DOCUMENTO:

Factura Cuenta de Cobro No

Valor:

NO	DESCRIPCIÓN	Cumple	No cumple	No Aplica	Nombre del Funcionario que realizo la actividad
1	Factura o cuenta de cobro original	✓			
2	Fotocopia Cedula de Ciudadanía (Solo si no se tiene contrato)	✓			
3	Fotocopia del RUT (Solo si no se tiene contrato)	NA			
4	Pago de la seguridad social del mes a cobrar.	✓			
5	Vinculación a seguridad social (Salud, Riesgo Profesionales) y pago de parafiscales del mes en que se realiza el cobro (para el caso en que sea persona jurídica y que tengan uno o más trabajadores realizando actividades dentro del hospital)	NA			
6	Informe detallado de las actividades (si es contrato el informe deberá estar firmado y con visto bueno del interventor)	✓			
7	Registro de radicación	✓			
8	Disponibilidad, registró presupuestal y orden de gastos firmados por Subgerente administrativo y Gerente	✓			
9	Registro de causación en la cuenta y centro de costos correspondientes.				

	Radicado No: RDI-2025-4-40-1533	
	Fecha Recibido GD: 2025-07-14 14:05:56	
Nombre del Remitente: HOSPITAL SAN RAFAEL ESE		
Nombre del Destinatario: MURCIA ACOSTA SANDOR		
Subdependencia: TALENTO HUMANO		
Funcionario GD: ANGELICA GRATEROL		
Número de Folios: SOPORTES		

CUENTA DE COBRO No. 1

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E

NIT. 891.380.103-2

**DEBE A:
MONICA SOTO SÁNCHEZ
N. CEDULA: 42135026**

**LA SUMA DE:
\$2.200.000
DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL
PESOS**

Por concepto de: Pago Cuota (Uno) No (1) al contrato N. ° 111-08-02-349-2025 del 04 de Junio 2025, **Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para el servicio de urgencias del Hospital San Rafael E.S.E de El Cerrito** en las labores que se llevaron a cabo durante el (04 al 25 del mes de Junio Del 2025.)

Se firma en Cerrito mes de Junio Del 2025

Mónica Soto Sánchez

MONICA SOTO SÁNCHEZ
CC. 42135026
Cel. 3212172702
Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA
N° de cuenta: 91268920779



HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.
NIT 891380103-2

MACROPROCESO: **Apoyo y soporte**
PROCESO: **Gestión Administrativa y Logística.**
SUBPROCESO: **Talento Humano**

Código: GATH-FO-025

Versión: 000

Fecha: 25/02/2022

Página 4 de 4

FORMATO: ACTA DE SUPERVISION

Que el Contratista Monica Soto Sánchez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 42135026 De Pereira (Valle), vinculado al SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO, mediante contrato de Prestación de Servicios No. 111-08-02-349-2025, durante el tiempo comprendido entre el 04 de junio al 25 de Junio del 2025, a la fecha no posee elementos devolutivos a su cargo de propiedad de la entidad, entregados por parte de esta oficina.

OBSERVACIONES AL INFORME:

El presente informe corresponde a la cuota N. °01 por valor de \$2.200.000 según lo estipula el contrato No 111-08-02-349-2025 por valor de \$ 4.400.000 que fue firmado el 04 de junio de 2025

CONCLUSION:

Con este informe se certifica la ejecución del objeto contractual y se autoriza el pago de la cuota No. 01

Para constancia de lo anterior se firma en El Cerrito Valle, en el mes de Junio del 2025

Supervisor



HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E
NIT 891380103-2

MACROPROCESO: **Apoyo y soporte**
PROCESO: **Gestión Administrativa y Logística.**
SUBPROCESO: **Talento Humano**

Código: GATH-FO-025

Versión: 000

Fecha: 25/02/2022


Página 3 de 4

FORMATO: ACTA DE SUPERVISION

4	Sin perjuicio de la autonomía administrativa del contratista, participar en las reuniones que le sean solicitadas.	En este mes no fue convocada a reuniones		
5	Utilizar los elementos de protección personal	Utilizó elementos de protección personal, como el tapabocas, gorro, en el aérea del triage ANEXO 5		
6	Cumplir con los turnos acordados notificados previamente	Realizó los turnos correspondientes del mes de junio ANEXO 6		
7	Apoyar la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados en la entidad replicando la gestión a través de las redes sociales.	Se verifica que la contratista replicó campañas y actividades de la entidad a través de mis redes sociales como el Facebook Anexo 7		
8	Adherirse a los sistemas de gestión de calidad del contrato lo cual incluye : A) Permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el contratante. B) Participar de la capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los sistemas de gestión de calidad	Se adhirió a los sistemas de gestión de calidad de la entidad		
9	Cumplir con las demás actividades que sean inherentes concordantes con el objeto contratado y que sean requeridas por el supervisor.	Realizó desinfección en las ambulancias Brindó apoyo en el proceso de demanda inducida solicitada para los programas de pym Anexo 08		
PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES		Si X	NO__	
FECHA INFORME		Día: 25	Mes: Junio	Año: 2025
CUMPLIO CON EL OBJETO CONTRACTUAL DETERMINADO EN EL CONTRATO RESPECTIVO		Sí X	NO__	
Observaciones				
Recibo a Satisfacción de Servicios (Solo aplica para el informe parcial): Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte de HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E EL CERRITO de los servicios prestados pactados en el contrato No. 111-08-02-349-2025 Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deberán consignar los motivos y circunstancias en el campo "Observaciones".				
Constancia de Paz y Salvo (Solo aplica para el informe parcial):				

Carrera 13 No. 11-51 Tel. (092) 2565290-2572083-2572420

Fax: 2565290 e-mails: hsanrafael1913@gmail.com

 HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E NIT 891380103-2	MACROPROCESO: Apoyo y soporte	Código: GATH-FO-025
	PROCESO: Gestión Administrativa y Logística.	Versión: 000
	SUBPROCESO: Talento Humano	Fecha: 25/02/2022
	FORMATO: ACTA DE SUPERVISION	Página 1 de 4

INFORME PARCIAL		INFORME FINAL	
Cuota Número: 1			
ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR	CARLOS RUBIANO VINUEZA		
DOCUMENTO IDENTIFICACION	CC. 16.856.485		
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MONICA SOTO SÁNCHEZ		
IDENTIFICACION CONTRATISTA	42.135.026		
ENTIDAD CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E		
REPRESENTANTE LEGAL	CAROLINA CASTRO NARANJO		
DOCUMENTO IDENTIFICACION.	CC. 24.584.814		
CONTRATO No.	111-08-02-349- 2025		
FECHA CONTRATO.	Día:04	Mes:Junio	Año: 2025
FECHA DE INICIO.	Día: 04	Mes: Junio	Año: 2025
DURACION DEL CONTRATO	Día: 31	Mes: Julio	Año: 2025
CDP N.º 20250001045		RP:20250001249	
Suspensión	Cesión	Otro sí	
Fecha inicio de la suspensión:	Fecha inicio de la cesión:	Fecha inicio del Otro sí:	
Fecha final de la suspensión	Fecha final de la cesión:	Fecha final del Otro sí:	
Terminación anticipada: NO APLICA			
Observaciones al informe jurídico:			
INFORME CONTABLE Y FINANCIERO			
VALOR DEL CONTRATO	\$4.400.000		
ADICIÓN (RECURSOS):	\$ 0		
VALOR ANTICIPO	\$		
VALOR PAGO PARCIAL (corresponde al valor de la cuota a pagar)	\$ 2.200.000		



HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E
NIT 891380103-2

MACROPROCESO: **Apoyo y soporte**
PROCESO: **Gestión Administrativa y Logística.**
SUBPROCESO: **Talento Humano**

Código: GATH-FO-025

Versión: 000

Fecha: 25/02/2022

Página 2 de 4

FORMATO: ACTA DE SUPERVISION

VALOR EJECUTADO (Corresponde al valor acumulado a la fecha del informe)		\$
PRESENTO INFORME CON TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTES	Si <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones al informe contable y financiero:		
Información del pago de seguridad social: Se verificó el pago de la seguridad social del mes de Junio así: 9486322747		
Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago	
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla 9486322747 Período Junio del 2025	
Observaciones:		
INFORME TÉCNICO		
VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES, COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA		
No.	Actividades Contractuales	Desarrollo Actividades
1	Atender y orientar al usuario y familiares en relación con sus necesidades y expectativas y procesos de rehabilitación de acuerdo con las políticas institucionales y normas de salud.	Atendió y orientó a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con cuadro de virosis, diarrea, fiebre, malestar en general, dificultad respiratoria, dolor abdominal, con herida, laceraciones y/o con síntomas denominados como urgencia vital, realice procedimientos como: toma de signos vitales, administración de medicamentos según orden médica, curaciones, maniobras de reanimación, y realizó acompañamientos a las remisiones que me fueron asignadas con la finalidad de brindar apoyo al profesional de la salud ANEXO 1
2	Informar al profesional de la salud que lidera el proceso responsable sobre las situaciones de emergencia y riesgo que se observe en los pacientes, para atacar oportuna mente la patología y/o percance presentado.	Informó al personal médico sobre la condición en la que se encuentran los pacientes durante su proceso de evolución dando a conocer los resultados de los paraclínicos, estado del paciente después de la administración del medicamento. ANEXO 2
3	Diligenciar toda la documentación formatos requería, inherentes a actividades generadas en la atención y despacho de medicamentos a pacientes, para registrar la totalidad de servicios prestados	Durante el periodo la contratista diligencio los formatos requeridos en la atención de cada paciente como lo son: formato de medicamentos controlados, formato de conteo de carro de paro. Por medio de la plataforma sifymed digitó las notas de enfermería de cada paciente y realice el descargue de los medicamentos ANEXO 3

La Lo FECHA	JUNIO 2025		
CONTRATO	11-08-02-349-2025		
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL E.S. E		
OBJETO	Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para el servicio de urgencias del Hospital San Rafael E.S.E de El Cerrito		
INICIO	04- JUNIO -2025	HASTA	31- JULIO- 2025
SUPERVISOR	CARLOS ARTURO RUBIANO VINUEZA		

INFORME DE ACTIVIDADES

Contrato de Prestación de servicios No. 111-08-02-349-2025 Cuyo objeto es **Prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para el servicio de urgencias del Hospital San Rafael E.S.E de El Cerrito.**, labores ejecutadas del 04 de junio al 25 de JUNIO del año 2025

No.	Actividades Contractuales	Desarrollo Actividades
1	Atender y orientar al usuario y familiares en relación con sus necesidades y expectativas y procesos de rehabilitación de acuerdo con las políticas institucionales y normas de salud.	Atendí y orienté a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con cuadro de virosis, diarrea, fiebre, malestar en general, dificultad respiratoria, dolor abdominal, con herida, laceraciones y/o con síntomas denominados como urgencia vital, realice procedimientos como: toma de signos vitales, administración de medicamentos según orden médica, curaciones, maniobras de reanimación , y realice acompañamientos a las remisiones que me fueron asignadas con la finalidad de brindar apoyo al profesional de la salud ANEXO 1
2	Informar al profesional de la salud que lidera el proceso responsable sobre las situaciones de emergencia y riesgo que se observe en los pacientes, para atacar oportuna mente la patología y/o percance presentado.	Informe al personal médico sobre la condición en la que se encuentran los pacientes durante su proceso de evolución dando a conocer los resultados de los paraclínicos, estado del paciente después de la administración del medicamento. ANEXO 2
3	Diligenciar toda la documentación formatos requería, inherentes a actividades generadas en la atención y despacho de medicamentos a pacientes, para registrar la totalidad de servicios prestados	Durante el periodo se diligenciaron los formatos requeridos en la atención de cada paciente como lo son: formato de medicamentos controlados, formato de conteo de carro de paro. Por medio de la plataforma sifymed digite las notas de enfermería de cada paciente y realice el descargue de los medicamentos ANEXO 3
4	Sin perjuicio de la autonomía administrativa del contratista, participar en las reuniones que le sean solicitadas.	En este mes no asistí a reuniones

5	Utilizar los elementos de protección personal	Utilice elementos de protección personal, como el tapabocas, gorro, en el aérea del triage ANEXO 4
6	Cumplir con los turnos acordados notificados previamente	Realice los turnos correspondientes del mes de junio ANEXO 5
7	Apoyar la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados en la entidad replicando la gestión a través de las redes sociales.	replique campañas y actividades de la entidad a través de mis redes sociales como el Facebook Anexo 6
8	Adherirse a los sistemas de gestión de calidad del contrato lo cual incluye : A) Permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el contratante. B) Participar de la capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los sistemas de gestión de calidad	Me adherí a los sistemas de gestión de calidad de la entidad
9	Cumplir con las demás actividades que sean inherentes concordantes con el objeto contratado y que sean requeridas por el supervisor.	Realice desinfección en las ambulancias Anexo 7 Brinde apoyo en el proceso de demanda inducida solicitada para los programas de pyps Anexo 08

Mónica Soto Sánchez

MONICA SOTO SÁNCHEZ
CC. 42135026 de Pereira (Risaralda)
Contratista

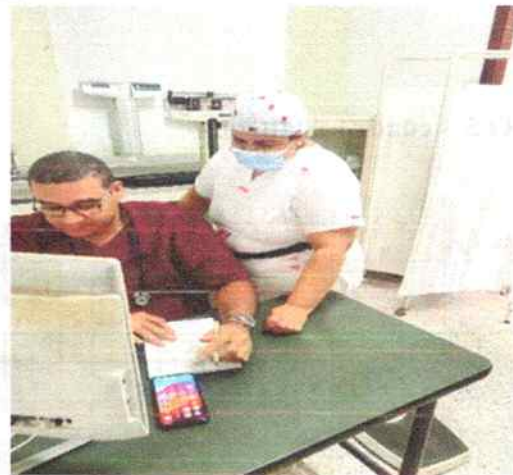
ANEXO 1 (ATENCION A LOS PACIENTES)



Fuente Propia

Fecha: Junio 2025

ANEXO 2 – INFORME DE NOVEDADES



Fuente Propia

Fecha: Junio 2025

ANEXO 3- FORMATOS

Fecha	Especialista	Subtipo	Fecha	Especialista	Subtipo	Fecha
2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10
2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10
2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10
2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10	DR. JUAN CARLOS	1	2025-06-10

Fuente Propia

Fecha Junio 2025

ANEXO 4-ELEMENTOS DE PROTECCION



ANEXO 5 – cuadro de turnos

MARIA VELEZ	16	N	L	M	N	L	T	M	T	M	N	L	T	N	L	L	N	L	HO/M	HO/T	N	L	M	T	M	N	L	T	M	T	HO/N						
MILLERLANDY PASTUSANI	17	T	M	N	L	M	N	L	L	HO/M	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	HO/N	L	P/T	N	L	T	D	N	L	M	HO/T						
	18	N	L	M	M	N	L	HO/T	M	M	L	L	N	L	T	N	L	T	N	L	D	N	L	T	M	N	L	D	T	N							
ANGELA SERNA	19	T	N	L	P/T	N	L	T	P/T	T	HO/M	N	L	T	M	N	L	L	N	L	T	N	L	M	T	N	L	HO/T	N	L	T						
NERI Y GO																																					
DIANA CAicedo	20	OBS/	M	OBS/	T	OBS/	L	N	L	T	N	L	M	M	T	N	L	T	P/M	HO/	OBS/	N	L	T	M	T	N	L	L	M	N	L	T	HO/	N	L	T
HEIDI ESTRADA	21	TG/	T	N	L	N	L	N	L	T	N	L	M	L	N	L	T	N	L	L	T	M	L	T	D	N	L	T	M	N	L	M					
ISABEL ESCOBAR	22	N	L	M	T	N	L	M	N	L	T	L	N	L	/T	N	L	T	M	N	L	T	M	N	L	M	N	L	M	N	L	/D	T	N			
ISABEL RAMOS	23	D	T	N	L	T	L	R/T	M	T	N	L	T	T	N	L	T	M	N	L	M	OBS	TG/	TG/	M	T	T	M	N	L	M	P/T					
APOYO HO Y URG																																					
YANETH BANCOR	24	HO/T	API/	M	API/	M	API/	M	API/	M	API/	M	API/	M	N	L	L	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/	API/		
IFORME SALA EDA IRA DFTP																																					
YULIANA MONTERO	25		SH	SH	SH	SH	SH			SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
PROMOCION Y PREVENION																																					
MARIA XIMENA CABAL	26		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
AURA MARIA SALAZAR - C	27		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
YURI ALEJANDRA SANDOZ	28		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
LIBIANA DAZA- CTO	29		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
IRILY MICHELANI	30		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
VACUNACION PAI																																					
VIVIANA ABONZA - PAI	31		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
VALERIA CHAMORRO - PAI	32		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
ALBA CAicedo	33		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
MARTA ABONZA	34		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
DANILA BIRENEZ - PAI	35		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
PUESTO PLAZA																																					
INGRID DOMINGUEZ	36		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
BRIGGITTE DOMINGUEZ	37		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
PUESTO DE SANTA ELENA																																					
ALEJANDRA GASCA LLANO	38		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
TANIA POTES	39		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
LABORATORIO																																					
KAREN DAHIANA ROSA	40		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												
ALEJANDRA SEPULVEDA	41		SH	SH	SH	SH				SH	SH	SH	SH	SH							SH	SH	SH	SH	SH												

Fuente Propia
Fecha Junio 2025

ANEXO 6-

REDES SOCIALES



Fuente Propia
Fecha Junio 2025

ANEXO 7-LIMPIEZA DE AMBULANCIA



Fuente Propia
Fecha Junio 2025

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS
A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, MONICA SOTO SÁNCHEZ con documento de identificación No. 42135026

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Estoy vinculado al **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL CERRITO**, hasta el 31 de JULIO de 2025 mediante contrato por prestación de servicios No 111-08-02-349-2025 y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

El cerrito, Junio De 2025

Monica Soto Sánchez
MONICA SOTO SÁNCHEZ
documento de identificación No. 42135026



JUNIO 2025

Coordinadora asistencial
CARLOS ARTURO RUBIANO BINUEZA
Hospital San Rafael ESE
El Cerrito

Asunto: constancia de actividades

Cordial saludo

Doy constancia como enfermera del proceso de urgencias del Hospital San Rafael, que la auxiliar de enfermería Mónica Soto Sánchez cumplió a cabalidad las siguientes funciones en el mes de JUNIO de 2025

1. Instruyo al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación para conseguir la recuperación total del mismo.
2. Garantizo la seguridad del paciente.
3. Cumplió con el protocolo de los 10 correctos, en la administración de medicamentos
4. Informo al médico profesional responsable sobre las situaciones de emergencia y riesgo que observo en los pacientes a su cargo, con el objetivo de atacar oportunamente la patología y/o percance presentado.
5. Diligencio toda la documentación requerida, inherente a las actividades generadas en la atención y despacho de medicamentos a pacientes, para registrar la totalidad de servicios prestados.
6. Reporto oportunamente las enfermedades de notificación obligatoria a vigilancia epidemiológica, identificando e interviniendo factores de riesgo en los pacientes y/o población en el área radio de acción de la institución.

Se anexa evidencias fotográficas y consolidadas de actividades

Atentamente

Leidy Jhoana Martínez
Jefe de enfermería urgencias y hospitalización
Hospital San Rafael ESE
El Cerrito

QUE (ACTIVIDADES A REALZIAR PARA BLOQUEAR LA CAUSA)	QUIEN (RESPONSABLE DE EJECUTAR)	CUANDO (FECHA DE TERMINACION DE LA ACTIVIDAD)	DONDE (LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD)	POR QUE (PROPOSITO DE LA ACTIVIDAD)	COMO (PAUTAS PARA LA REALZIACION DE LA ACTIVIDAD)
YO AUXILIAR MONICA SOTO NO ROTULE LOS MEDICAMENTOS QUE SE LE ESTABAN ADMINISTRANDO A UNA PACIENTE	ENFERMERA JEFE LEIDY JHOANA MARTINEZ	25 DE JUNIO 2025	HOSPITAL SAN RAFAEL AREA DE URGENCIAS	SE REQUIERE DAR CUMPLIMIENTO A LO PACTADO POR LA JEFE DEL SERVICIO Y CUMPLIR ORDENES POR PARTE DE MIS SUPERIORES	ME COMPROMETO A ROTULAR LOS MEDICAMENTOS ANTES DE SER ADMINISTRADOS A LOS PACIENTES DE URGENCIAS

Leidy Jhoana

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 42135026		SOTO SANCHEZ MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 28 SUR 13 03 CIUDADELA LA MERCED	EL CERRITO-VALLE	3565656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000143	9486322747	1	2025/07/07	2025/06/12	BANCO DE BOGOTA	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 42135026		SOTO SANCHEZ MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 28 SUR 13 03 CIUDADELA LA MERCED	EL CERRITO-VALLE	356566	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Penión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000143	9486322747	I	2025/07/07	2025/06/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: EL CERRITO Depto: VALLE (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 42135026	SOTO MONICA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS018	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-25	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

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 	42135026

EPS	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	

Valor aportado a EPS	
178000	

Clave de pago	
9486322747	

Período de cotización (salud)	
2025 	06 

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla



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