

CUENTA DE COBRO No. 001

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
(CONCEPCIÓN - SANTANDER)NIT:
890.203.551-8

DEBE A:

LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ

C.C. No. 63.552.918

POR CONCEPTO DE: Pago Parcial por Contrato C-04.06-039-2025 de Prestación de Servicios, cuyo objeto es EL CONTRATANTE a desempeñar en forma exclusiva las funciones aquí señaladas así: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA, PARA LA ATENCION DE LA CONSULTA PARA LA CERTIFICACION, REGISTRO DE LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ATENDIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CONCEPCION - SANTANDER

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
27	11	2025

Hasta:

DIA	MES	AÑO
26	12	2025

LA SUMA DE: TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS \$340.000 M/CTE

Dada en Concepción (Santander), a los doce (19) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).



LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ
C.C. No. 63.552.918
Contratista

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, Leslie Alexandra Duran Ruiz con documento de identificación No. 63.552.918

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado a la ESE Hospital San Rafael del municipio de Concepción hasta el 9 de Agosto de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que 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 (Parágrafo 4 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.

En base a lo anterior solicito me sea aplicada la tabla de la retención del artículo 383 del estatuto tributario.

CIUDAD Y FECHA 19/12/2025

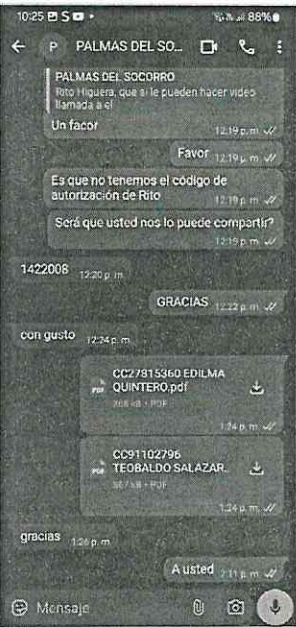
FIRMA

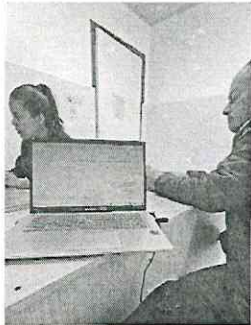
Leslie A Duran

ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CONCEPCIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N. C-04.06-162-2025

		MUNICIPIO		CONCEPCIÓN	
		DEPARTAMENTO		SANTANDER	
INFORME MENSUAL –CONTRATISTA					
1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO					
CONTRATO		VALOR		Supervisor o Interventor	
No. C-04.06-169-2025		(\$) 1.000.000		TULIA LILIANA BARAJAS LIZCANO	
OBJETO DEL CONTRATO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA, PARA LA ATENCION DE LA CONSULTA PARA LA CERTIFICACIÓN, REGISTRO DE LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ATENDIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CONCEPCION SANTANDER					
CONTRATISTA		LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ		RUT	63552918
CONTRATANTE		ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CONCEPCIÓN			
PLAZO	1 MES	FECHA INICIACIÓN	27 DE NOVIEMBR E DE 2025	FECHA TERMINACIÓN	26 DE DICIEMBRE DE 2025
2. INFORME DE GESTIÓN					
ITEM	2.2 DETALLE DE ACTIVIDADES REALIZADAS				
	Actividades/ obligaciones especificas		Actividades realizadas		Evidencias
1	Realizar junto con los otros profesionales que hacen parte del equipo multidisciplinario de la ESE el procedimiento de certificación de discapacidad en modalidad institucional (presencial o por telemedicina), de acuerdo a los lineamientos establecidos en la resolución 1197 del 5 de julio de 2024		Realicé junto con los otros profesionales que hacen parte del equipo multidisciplinario de la ESE el procedimiento de certificación de discapacidad en modalidad institucional (presencial o por telemedicina), de acuerdo a los lineamientos establecidos en la resolución 1197 del 5 de julio de 2024		
2	Hacer uso de la plataforma SISPRO para el registro de la valoración y certificación de discapacidad.		Hice uso de la plataforma SISPRO para el registro de la valoración y certificación de discapacidad.		
3	Registrar en el aplicativo (RLCPD) las valoraciones de los casos en los que se identifique la condición de discapacidad de la persona		Registré en el aplicativo (RLCPD) las valoraciones de los casos en los que se identifique la condición de discapacidad de la persona		
4	Expedir y hacer entrega al solicitante del certificado de		Expedí e hice entrega al solicitante del certificado de		

	discapacidad, en los casos en los que se identifique la condición de discapacidad, de acuerdo con los lineamientos de la resolución 1197 del 5 de julio de 2024.	de discapacidad, en los casos en los que se identifique la condición de discapacidad, de acuerdo con los lineamientos de la resolución 1197 del 5 de julio de 2024.	
5	Diligenciar y generar el consentimiento informado a la persona con discapacidad sobre el procedimiento a realizar por parte del equipo multidisciplinario de salud.	Diligencié y generé el consentimiento informado a la persona con discapacidad sobre el procedimiento a realizar por parte del equipo multidisciplinario de salud.	
6	Realizar la entrega del certificado de discapacidad.	Realicé la entrega de certificado de discapacidad al paciente por medio del drive de la secretaria de salud de igual forma a la coordinación de Discapacidad de la ESE Hospital San Rafael de concepción.	

7	Guardar la debida confidencialidad de la información.	Guardé la debida confidencialidad de la información de los 17 usuarios registrados durante el periodo 27 noviembre de 2025 al 12 de diciembre de 2025	
8	Garantizar la oportunidad en la atención, durante todo el tiempo de ejecución del contrato.	Garanticé la oportunidad en la atención, durante todo el tiempo de ejecución del contrato, realizando a tiempo y de manera completa las agendas registradas por parte de la coordinación de Certificación de discapacidad.	
9	Utilizar los elementos de protección como bata, guantes, mascarillas, delantales protectores y gafas necesarios para dar cumplimiento al Manual de Bioseguridad del Hospital.	No aplica esta actividad para la ejecución de esta actividad ya que se realiza por Telemedicina.	No aplica
10	Aplicar las normas de bioseguridad y cumplir con la clasificación de los residuos hospitalarios de acuerdo con los servicios según lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios implementado por la ESE en la ejecución de los procedimientos.	No aplica esta actividad para la ejecución de esta actividad ya que se realiza por Telemedicina.	No aplica
11	Garantizar, la custodia, cuidado, buen uso y preservación de los equipos médicos y científicos, muebles y enseres, equipos de oficina y demás, que se encuentren a su disposición para la prestación del servicio.	Garanticé la custodia, cuidado, buen uso y preservación de los equipos médicos y científicos, muebles y enseres, equipos de oficina y demás, que se encuentren a su disposición para la prestación del servicio.	

12	Tratar con calidad, calidez y oportunidad a los clientes externos e internos del hospital.	Traté con calidad, calidez y oportunidad a los clientes externos e internos del hospital.	
3. PERIODO DEL INFORME	27 DE NOVIEMBRE 26 DE DICIEMBRE DEL 2025	4.FECHA ELABORACIÓN DE	19/12/2025
4. PAGOS DE APORTES ALOS SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES	SI	5.TIPO DE PLANILLA	INDEPENDIENTE
7.NUMERO DE PLANILLA	7993773802 - 7998771506	8.PERIODO DE PAGO	NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

ANEXOS:

- Factura (Persona jurídica o persona natural que pertenece al régimen común) APLICA SI _____ No. APLICA __X Valor _____
- Documento equivalente a factura cambiaria (persona natural del régimen simplificado APLICA SI __X__ No APLICA _____ Valor \$ 340.000
- Soporte de pago de seguridad social.

Leslie ADuram

LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ

CONTRATISTA

CC. 63552918 de Bucaramanga

Contrato N° C-04.06-169-2025 de 27 Noviembre de 2025

EVIDENCIA:

#	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO
1	1098171335	FREDDY AGUSTIN MOSQUERA VARGAS	PEÑON
2	91453037	CIRO ALFONSO MOSQUERA VARGAS	PEÑON
3	1098171082	JOHN JAIRO MOSQUERA VARGAS	PEÑON
4	28143126	MARIA TEOFILDA YAMAYO JIMENEZ	GAMBITA
5	5789115	GERARDO GUARIN PARRA	GAMBITA
6	13760930	VICTOR MANUEL TAMAYO SOTO	GAMBITA
7	28140259	MARIA DE LOS SANTOS MOLINA	GAMBITA
8	5766789	LORENZO MARTINEZ	GAMBITA
9	40031691	AMPARO FANDIÑO NIÑO	GAMBITA
10	5744233	JOSE MANUEL GAMBOA	PALMAS DEL SOCORRO
11	28031866	CLEMENTINA RUEDA DE QUIROGA	BOLIVAR
12	41498280	JOSEFINA OSUNA PINZON	PALMAS DEL SOCORRO
13	28031266	CARMEN ELISA SERRANO	BOLIVAR
14	28139794	MENESIA HERRERA DE AGUDELO	GAMBITA
15	52300374	SONIA CONSTANZA OVALLE PAEZ	GUAVATA
16	91102796	TEOBALDO SALAZAR TORRES	PALMAS DEL SOCORRO
17	27815360	EDILMA ROSA QUINTERO RINCON	PALMAS DEL SOCORRO

TOTAL: 17 CONSULTAS REALIZADAS

Recibidos (2) - mleduran760 x WhatsApp x Aprobar solicitud valoración x

web.sispro.gov.co/RLCPO/consultas/Solicitudes/AprobarSolicitudValoracion

Datos de la consulta

* Fecha inicial: 17/12/2025

* Fecha final: 17/12/2025

Tipo de identificación: Selecciona el tipo de identificación

Número de identificación:

Entidad Valoradora	Identificación solicitante	Aprobación Inicial	Aprobación Final	Estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 27811463 QUINTERO PASCOR EDIMAR ROSA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 51157796 SALAZAR TORRES TISSBAUTO	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 32301174 CHAVEZ FRIEDSON CONSTANZA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 20031768 SERRANO ENRIQUE ELISA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 26193794 MURRAY DE AGUILAR MERCEDES	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 41491889 CHUQUIN JONATAN JOSEFANA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 20031884 PUJOS DE OLIVERA CLEMENTINA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 5714330 GARCIA JOSE MANUEL	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 40031501 BANDERO MONSIEUR AMARDO	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 3984023 MOLINA MARIA DE LOS ANJOS	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado

Total: 17 | 10 páginas

Recibidos (2) - mleduran760 x WhatsApp x Aprobar solicitud valoración x

web.sispro.gov.co/RLCPO/consultas/Solicitudes/AprobarSolicitudValoracion

Aprobación de inicio y cierre de valoraciones

Datos de la consulta

* Fecha inicial: 17/12/2025

* Fecha final: 17/12/2025

Tipo de identificación: Selecciona el tipo de identificación

Número de identificación:

Entidad Valoradora	Identificación solicitante	Aprobación Inicial	Aprobación Final	Estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 12160168 TAMAYO SOTO VICTOR MANUEL	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 10462700 MARTINEZ LIZBONDO	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 57801112 GUERRA PARRA GERARDO	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 38141126 TAMAYO JIMENEZ MARIA TIGLADA	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 1081171902 MOSQUERA VARGAS JOHN JAVIER	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 31433037 MEJIA MARIA WILSON JOSE	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado
ESL HOSPITAL SAMUEL CONCEPCION	CC 1046171325 MOSQUERA VARGAS FREDY AUSTIN	Aprobado 12/12/2025 12:04	Aprobado 12/12/2025 12:04	Ver estado

Total: 17 | 10 páginas

SISPRO Contacto

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63552918
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MÁLAGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 9A 17 - 05	TELÉFONO: 6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7993773802	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1984798722

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
				TOTALES		
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO	
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 294.600	
SUBTOTAL:				1	\$ 294.600	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 230.200	
SUBTOTAL:				1	\$ 230.200	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 9.800	
SUBTOTAL:				1	\$ 9.800	

VALOR SIN MORA:	\$ 534.100
VALOR MORA:	\$ 500
TOTAL PAGADO:	\$ 534.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63552918
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LESLIE ALEXANDRA DURAN RUIZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 9A 17 - 05	TELÉFONO: 6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7998771506	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1998748076

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
				TOTALES		
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO	
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 512.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 512.000	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 400.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 400.000	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 78.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 78.000	

VALOR SIN MORA:	\$ 990.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 990.000