EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Comprobante de egreso

Número 9352 **Fuente** 2

Fecha: 19/02/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 9895

Tercero

NIT o CC: 9263365 **Cod banco:** 01

Pagado a: EMIRO OSPINO ARCE **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: EMIRO OSPINO ARCE	9263365 - EMIRO OSPINO ARCE		0,00	10.069.000,00
24905406	PAGADO A: EMIRO OSPINO ARCE	9263365 - EMIRO OSPINO ARCE		10.069.000,00	0,00
			Sumas iguales:	10.069.000,00	10.069.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado		Usuario
				MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	04/02/2026	01	11.000.000,00	821.000,00	110.000,00	0,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Autorizacion de pago

Número 9895 **Fuente** 63

Fecha: 19/02/2026

Paguese a favor de: EMIRO OSPINO ARCE **Documento:** 9263365

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
70-9330	11.000.000	0	0	821.000	0	110.000	0	0	10.069.000
Totales:	11.000.000	0	0	821.000	0	110.000	0	0	10.069.000

MACEVEDO

Contabilidad | **Administrativo autorizado** | **Ordenador del gasto** | **Elaborado por**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Obligacion presupuestal

Número 9330 **Fuente** 70

Fecha: 04/02/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 289

Tercero

Tercero: EMIRO OSPINO ARCE **NIT:** 9263365
Telefóno: 6856179 **Ciudad:**

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	01 ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072203	01 ESTAMPILLA UNIMAG	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072204	01 ESTAMPILLA PRODEPORTE	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24361501	01 RETENCION EN LA FUENTE 19%	EMIRO OSPINO ARCE		0	271.000
24362701	01 RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24905406	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA 01	EMIRO OSPINO ARCE		0	10.069.000
73200211	AGRUPADO	EMIRO OSPINO ARCE	UR	11.000.000	0
			Sumas iguales:	11.000.000	11.000.000

Contabilizado **Revisado** **Aprobado**

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	04/02/2026	01	11.000.000	0	821.000	110.000	0

Plato Magdalena, enero 30 de 2026.

CUENTA DE COBRO

LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO DE MAGDALENA DEBE A:

EMIRO OSPINO ARCE, identificado con cedula de ciudadanía **9.263.365** la suma de **ONCE MILLONES DE PESOS ($11.000.000) MCL**, por concepto de **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA** durante el mes de enero (del 14 al 31), bajo contrato C-P-S-0138-2026 de enero del 2026.

Así mismo declaro bajo juramento que no utilizo deducción de costos y gastos asociados a la prestación de mis servicios personales, y me acojo a la tabla de retención en la fuente plasmada en el artículo 383 del E.T.

EMIRO OSPINO ARCE
C.C 9.263.365

INFORME DE ACTIVIDADES	
A. INFORMACION GENERAL	
Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	**C-P-S-0138-2026**
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDADDE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA
Plazo del Contrato	DEL 14 DE ENERO DE 2026 HASTA EL 31 DE ENERO DE 2026
Periodo objeto de pago	ENERO
Nombre del Contratista	**EMIRO OSPINO ARCE**
N° de identificación	8.263.365
Correo electrónico Contratista	Emosar01@hotmail.com
Régimen del IVA	No Responsable de IVA
Es declarante de renta	SI
Es pensionado	NO
Valor total del Contrato	$11.000.000
Valor de Honorarios mensual	$11.000.000
Tipo de Cuenta	AHORROS
Banco al cual consignar	BANCOLOMBIA
No. Cuenta	74800001502
Fecha Acta de Inicio	14/01/2026
N° Pago del Contrato	01/01
Ingreso Base Cotización IBC	$4.400.000
N° planilla Pago de Seguridad social	**1750112268**
Periodo Pago Seguridad Social	12
Valor Periodo Pago de Seguridad social	$657.200
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	$550.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	$0
Valor Pago ARL	$107.200
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	KEILA VANESSA PADILLA BARRAZA SUBGERENTE CIENTIFICA

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**
1	Preste con diligencia y disponibilidad 24 horas al día los servicios como Cirujano General en las áreas de Hospitalización, consulta externa, urgencias y cirugía de le ESE

2	Realice de manera oportuna la entrega de los turnos correspondientes a quien me recibía con la mayor diligencia garantizando siempre la cobertura del servicio.
3	Realice la atención de un total de (320) pacientes de la siguiente manera: procedimientos en pacientes de cirugía (50), atención consulta externa (157), atención Hospitalización (51) atención urgencias (62).
4	Realice las prescripciones requeridas para los diferentes procedimientos realizados en cada paciente.
5	Atendí con plena autonomía, responsabilidad, cuidado y respeto cada uno de los procedimientos que requirieron la atención de mi especialidad
6	Diligencie de manera completa y oportuna todas las historias clínicas de los procedimientos realizados
7	Diligencie los formatos requeridos por la ley para la atención de pacientes en las diferentes plataformas relacionados con el Ministerio de Salud y Protección Social.
8	Diligencie las notas y las fichas correspondientes a los procesos realizados durante mi secuencia de manera oportuna.
9	Di información clara y precisa al paciente sobre el procedimiento que le iba a realizar
10	Participe de manera activa en la Actualización y revisión periódica de las Guías de Práctica Clínica Y los protocolos Adoptados para la ejecución de las actividades de este contrato

C. PARA LOS EFECTOS LEGALES DECLARO COMO CONTRATISTA Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO, QUE:

1. A la fecha, he cumplido a cabalidad con las actividades del objeto contractual arriba descritas.
2. Los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, están debida y legalmente pagados.
3. Me encuentro afiliado al sistema de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, tal como consta en certificado que adjunto.
4. He leído y entendido la descripción de todos los campos aquí diligenciados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor del contrato KEILA VANESSA PADILLA BARRAZA verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el día 14 de ENERO de 2026 hasta el 31 de ENERO de 2026.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Firma del Supervisor

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Teniendo en cuenta el informe presentado por el (la) contratista **EMIRO OSPINO ARCE**, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, se verifica el cumplimento del objeto contractual y, por ende, autoriza el pago correspondiente al periodo comprendido el día 14 de ENERO DE 2026 al 31 DE ENERO DE 2026.

Pago No.	01/01
Contrato:	**C-P-S-0138-2026**
Contratista:	**EMIRO OSPINO ARCE**
Cédula o NIT	8.263.365
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDADDE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA
Plazo del contrato:	14/01/2026-31/01/2026
Fecha iniciación:	14 DE ENERO DE 2026
Fecha de terminación:	31 DE ENERO DE 2026
Valor total del contrato:	$11.000.000
Valor a pagar:	$11.000.000
Numero de PIN:	**9995525063**
Periodo cotizado:	DICIEMBRE 2025

El suscrito supervisor del contrato antes descrito, deja constancia que se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral por parte del contratista, de conformidad con el parágrafo 1 del Art. 23 de la ley 1150 de 2007 y el Articulo 244 de la ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los treinta (30) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

Keila Padilla B.

KEILA VANESSA PADILLA BARRAZA
SUBGERENTE CIENTIFICA

N. 819001483-1
D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores
C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co
Tel: 6054852065
esehospitalfrayluisdeleon Fray Luis De Leon

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9263365
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			EMIRO OSPINO ARCE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOMPOS	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MOMPOX	TELÉFONO:	6855258
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1750112268	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/01/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995525063

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 550.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000	$ 0	$ 0	$ 550.000
SUBTOTALES:													**$ 550.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 550.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 107.200	$ 107.200	$ 0	$ 0	$ 107.200
SUBTOTALES:									**$ 107.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 107.200**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSION								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 9263365	OSPINO ARCE EMIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 4.400.000				NO																	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 4.400.000	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	14-25-COLMENA	30	$ 4.400.000	9263365	$ 107.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 657.200

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que EMIRO OSPINO ARCE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 9.263.365 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 284110327, abierta/o desde el 19/8/1999.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Enero del año 2026 con destino a: Ese hospital Fray Luis de León

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14906840272

(415)7707212480784(8020) 000014906840272

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 2 6 3 3 6 5	4	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 2 6 3 3 6 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bolívar 1 3	Mompós 4 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINO	ARCE	EMIRO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Mompós 4 6 8

41. Dirección principal: CR 18 B 4 A 15

42. Correo electrónico: ellysrangel@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 8 5 6 1 7 9	3 2 1 5 3 9 3 1 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	1 9 9 9 0 4 0 6	0 1 4 1	2 0 1 4 0 1 0 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	5 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: OSPINO ARCE EMIRO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-03-2025 09:01:18:PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN VALOR

Powered by CamScanner

MODIFICATORIO N° 1 DEL CONTRATO CPS-0138-2026 CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE MEDICO CIRUJANO PARA EJECUTAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO	
DATOS DEL CONTRATO	
Contrato No.	CPS-0138-2026
Fecha:	01 DE ENERO DE 2026
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE MEDICO CIRUJANO PARA EJECUTAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Entidad contratante:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO – MAGDALENA.
NIT:	819001483-1
Dirección	Via 14 con carrera 10 (carretera los contenedores) de Plato – Magdalena.
Rep. Legal	MENIS CAROLINA ACOSTA GOMEZ
Identificación	1.081.829.488 expedida en Fundación – Magdalena
Teléfono	54852033
Correo electrónico	gerencia@hospitalfrayluis.gov.co
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Contratista/Razón Social	EMIRO OSPINO ARCE
Identificación	9263365
Valor inicial del contrato	$ 11.000.000
Plazo de ejecución	Hasta el 10 de enero de 2026
CDP	2
RP	289
CDP Adición	NO APLICA

Entre los suscritos a saber: por una parte, la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E.S.E.) HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO - MAGDALENA**, entidad identificada con el NIT. 819001483-1, debidamente representada por **MENIS CAROLINA ACOSTA GOMEZ**, mayor de edad, identificada con el número de cédula No. 1.081.829.488 expedida en Fundación – Magdalena, y quien en actúa en su calidad de Gerente (e) de conformidad con el Decreto 026 del 08 de enero del 2026 y Acta de Posesión No. 0285 del 08 de enero de 2026, documentos anexos, quien en adelante se denominará EL(LA) **CONTRATANTE**, que para los efectos de este acuerdo contractual se denominará la **E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO - MAGDALENA**; y, por la otra, 138con CC, 138, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** por medio del presente documento procedemos a efectuar una modificación al contrato que nos ocupa, previas las siguientes:

I. CONSIDERACIONES

1. Que el objeto del contrato consiste en **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE MEDICO CIRUJANO PARA EJECUTAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO.**
2. Que el termino inicial del contrato, según se estableció en la cláusula cuarta, fue hasta el **DIEZ (10) DE ENERO DE 2026.**
3. Que, en desarrollo del objeto contractual, se evidencia la necesidad de prolongar ese término inicial del contrato. Por lo anterior se considera que el termino inicial resulta insuficiente para desarrollar las actividades contractuales, generando la necesidad de prolongar este término y vigencia hasta el **31 DE ENERO DE 2026.**
4. Que en atención a lo anterior y una vez revisada la ejecución del contrato en mención, se procede a solicitar la adición del término requerida.

CLAUSULADO

Considerado lo anterior, y en adelante, las siguientes cláusulas del contrato quedarán de la siguiente manera:

4) TERMINO Y VIGENCIA: El plazo de ejecución del presente contrato iniciará a partir de la fecha de firma del acta de inicio hasta el **31 DE ENERO DE 2026**. Dicho plazo se contará a partir de la suscripción del acta de inicio, previa expedición del registro presupuestal, y aprobación de las garantías. VIGENCIA: Para todos los efectos legales la vigencia será por el término de duración del contrato y Cuatro (4) Meses más para efectos de liquidación.

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que EMIRO OSPINO con documento CEDULA DE CIUDADANIA 9263365, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) EMIRO OSPINO ARCE con documento CC 9263365, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	1749998457	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	DICIEMBRE/2025	Periodo Cotización Salud	DICIEMBRE/2025
Fecha Pago	2026/01/09	Número de Autorización	9995387222

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
SALUD		Administradora	ESSC07 - SUBS ASOC. MUT. SER
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-25 - COLMENA
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada