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 9745 **Fuente** 2

Fecha: 09/03/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 10310

Tercero

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

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

Por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE FEBRERO 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

Soporte del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	04/03/2026	02	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 10310 **Fuente** 63

Fecha: 09/03/2026

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

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE FEBRERO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas		A pagar
70-9826	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

Contabilidad

Administrativo autorizado

Ordenador del gasto

MACEVEDO

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 9826 **Fuente** 70

Fecha: 04/03/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 803

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

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE FEBRERO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	02 ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072203	02 ESTAMPILLA UNIMAG	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072204	02 ESTAMPILLA PRODEPORTE	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24361501	02 RETENCION EN LA FUENTE 19%	EMIRO OSPINO ARCE		0	271.000
24362701	02 RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24905406	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA 02	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
	04/03/2026	02	11.000.000	0	821.000	110.000	0

Plato Magdalena, febrero 27 de 2026.

OR

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 febrero (del 05 al 10), bajo contrato C-P-S-0540-2026 de febrero 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 A

EMIRO OSPINO ARCE
C.C 9.263.365

OR

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-0540-2026**
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 05 DE FEBRERO DE 2026 HASTA EL 10 DE FEBRERO DE 2026
Periodo objeto de pago	FEBRERO
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	BANCO DE BOGOTA
No. Cuenta	284110327
Fecha Acta de Inicio	05/02/2026
N° Pago del Contrato	01/01
Ingreso Base Cotización IBC	$4.400.000
N° planilla Pago de Seguridad social	**1750356809**
Periodo Pago Seguridad Social	01
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	ISMAEL ENRIQUE CAMARGO ESCORCIA SUBGERENTE CIENTIFICO

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 (310) pacientes de la siguiente manera: procedimientos en pacientes de cirugía (45), atención consulta externa (152), atención Hospitalización (46) atención urgencias (57).
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 ISMAEL ENRIQUE CAMARGO ESCORCIA verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el día 05 de FEBRERO de 2026 hasta el 10 de FEBRERO 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 05 de FEBRERO DE 2026 al 10 DE FEBRERO DE 2026.

Pago No.	01/01
Contrato:	**C-P-S-0540-2026**
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:	05/02/2026-10/02/2026
Fecha iniciación:	05 DE FEBRERO DE 2026
Fecha de terminación:	10 DE FEBRERO DE 2026
Valor total del contrato:	$11.000.000
Valor a pagar:	$11.000.000
Numero de PIN:	**9995819364**
Periodo cotizado:	ENERO 2026

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 veintisiete (27) días del mes de febrero de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

ISMAEL ENRIQUE CAMARGO ESCORCIA
SUBGERENTE CIENTIFICO

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 CIUDADANIA	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:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1750356809	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995819364

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		NUMERO AUTORIZACION	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**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACION	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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU 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

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

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 23 del mes de Febrero 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)7707212489984(8020) 000001490684027 2

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	Bolivar 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	Bolivar 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					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
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										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO