

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

Comprobante de egreso

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

Número 9581 Fuente 2

Fecha: 05/03/2026

Fuente OP: 63

Numero OP: 10131

Tercero

NIT o CC: 1045753867

Cod banco: 01

Pagado a: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY

Banco: BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL ,HONORARIOS ,EN LA ESE MES FEBRERO 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	1045753867 - LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0,00	5.170.000,00
24905404	PAGADO A: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	1045753867 - LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		5.170.000,00	0,00

Sumas iguales: 5.170.000,00 5.170.000,00

Contabilizado

Revisado

Aprobado

Usuario

MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	02/03/2026	feb	5.500.000,00	275.000,00	55.000,00	0,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

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

Autorización de pago

Número 10131 Fuente 63

Fecha: 05/03/2026

Paguese a favor de: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY

Documento: 1045753867

Concepto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL ,HONORARIOS ,EN LA ESE MES FEBRERO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas	A pagar
70-9560	5.500.000	0	0	275.000	0	55.000	0	5.170.000
Totales:	5.500.000	0	0	275.000	0	55.000	0	5.170.000

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 9560 Fuente 70

Fecha: 02/03/2026

Fuente RP: 102

Numero RP: 786

Tercero

Tercero: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
Teléfono: 3122925981

NIT: 1045753867
Ciudad: PLATO

Detalle: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL ,HONORARIOS,EN LA ESE MES FEBRERO 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	feb ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	110.000
24072203	feb ESTAMPILLA UNIMAG	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	110.000
24072204	feb ESTAMPILLA PRODEPORTE	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	55.000
24362701	feb RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	55.000
24905404	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA feb	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	5.170.000
73200211	AGRUPADO	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	UR	5.500.000	0
Sumas iguales:				5.500.000	5.500.000

Contabilizado

Revisado

Aprobado

Detalle del documento:  Fecha 02/03/2026 Factura feb Valor 5.500.000 IVA 0 Retencion 275.000 ICA 55.000 Rete IVA 0



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 2 de 4

PLATO MAGDALENA, FEBRERO 27 DE 2026. ✓

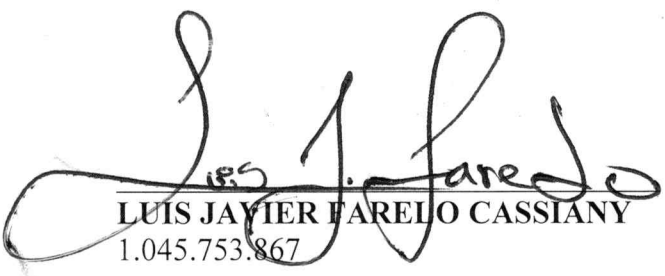
OK

CUENTA DE COBRO

LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO DE MAGDALENA DEBE A:

LUIS JAVIER FARELO CASSIANY, identificado con cedula de ciudadanía 1.045.753.867 la suma de **CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCL (\$5.500.000)**, por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO durante mes de FEBRERO, bajo contrato 515 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 193 del E.T.


LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
1.045.753.867



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 3 de 4

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el (la) contratista **LUIS JAVIER FARELO CASSIANY**, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, se verifica el cumplimiento del objeto contractual y, por ende, autoriza el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 05 de FEBRERO de 2026 hasta el 28 de FEBRERO de 2026

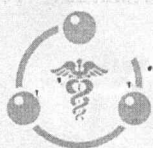
Pago No.	001
Contrato:	C-P-S- 515
Contratista:	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
Cédula o NIT	1.045.753.867
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO
Plazo del contrato:	1 MES
Fecha iniciación:	05/02/2026
Fecha de terminación:	28/02/2026
Valor total del contrato:	5.500.000
Valor a pagar:	5.500.000
Numero de PIN:	6001631020
Periodo cotizado:	01/2026

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 Artículo 244 de la ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los VEINTI SIETE (27) días del mes de FEBRERO de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

Ismael Enrique Camargo Escorcia
SUBGERENTE CIENTIFICO



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 4 de 4

INFORME DE ACTIVIDADES

• INFORMACION GENERAL

Clase de Contrato	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN
Contrato N°	C-P-S 515
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO
Plazo del Contrato	05/02/2026 – 28/02/2026
Periodo objeto de pago	FEBRERO 2026
Nombre del Contratista	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
N° de identificación	1.045.753.867
Correo electrónico Contratista	luisjfarelo@gmail.com
Régimen del IVA	NO RESPONSABLE DE IVA
Es declarante de renta	SI
Es pensionado	NO
Valor total del Contrato	5.500.000
Valor de Honorarios mensual	5.500.000
Tipo de Cuenta	AHORROS
Banco al cual consignar	BANCOLOMBIA
No. Cuenta	51253681679
Fecha Acta de Inicio	05/02/2026
N° Pago del Contrato	1
Ingreso Base Cotización IBC	1.750.905
N° planilla Pago de Seguridad social	6001631020
Periodo Pago Seguridad Social	01/2026
Valor Periodo Pago de Seguridad social	541.800
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	218.900
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	280.200
Valor Pago ARL	42.700
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	Ismael enrique Camargo Escorcía SUBGERENTE CIENTIFICO

• ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE
------	--

N. 819001483-1

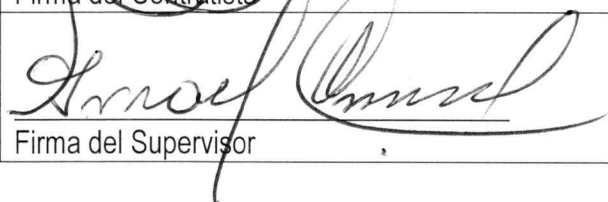
D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

esehospitalfrayluisdeleon Fray Luis De Leon



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 5 de 4
PAGO			
1	PRESTE LOS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL, REALIZANDO VALORACIONES A PACIENTES EN EL SERVISIO DE URGENCIA Y HOSPITALZACION DE LA E.S.E HOSPPITAL FRAY LUIS DE LEON ADEMAS DE TRASLADOS A CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD.		
2	RESPONDI POR LA CUSTODIA, CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LOS DATOS CONTENIDOS EN HISTORIAS CLINICAS.		
3	DILIGENCIE DE MANERA CLARA, LEGIBLE Y COMPLETA TODOS Y CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA HISTORIA CLINICA Y DE LA ATENCION DEL USUARIO.		
4	BRINDE INFORMACION OPORTUNA Y CLARA A USUARIOS Y SUS FAMILIARES SOBRE EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO SEGÚN LA PATOLOGIA PRESENTADA.		
5	REALICE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS COMO CATETERIZACION VENOSA CENTRAL, INTUBACION OROTRAQUEALES Y MANIOBRAS AVANZADAS DE REANIMACION Y SOPORTE AVANZADO, TRASLADO DE PACIENTE A CNTROS DE ALTA COMPLEJIDAD.		
• PARA LOS EFECTOS LEGALES DECLARO COMO CONTRATISTA Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO, QUE:			
• A la fecha, he cumplido a cabalidad con las actividades del objeto contractual arriba descritas. • Los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, están debida y legalmente pagados. • Me encuentro afiliado al sistema de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, tal como consta en certificado que adjunto. • He leído y entendido la descripción de todos los campos aquí diligenciados.			
Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor del contrato Ismael enrique Camargo Escorcía SUBGERENTE CIENTIFICO verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 05 de febrero de 2026 hasta el 28 de febrero de 2026.			
FIRMA DE QUIEN DECLARA:		 Firma del Contratista	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		 Firma del Supervisor	

MES enero AÑO

I-INDEPENDIENTES 2025 877196

[illegible]