

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 9909 Fuente 2

Fecha: 27/03/2026

Fuente OP: 63

Numero OP: 10478

Tercero

NIT o CC: 1081931346

Cod banco: 01


Pagado a: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA

Banco: BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA,HONORARIO, EN LA ESE MES MARZO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	1081931346 - MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0,00	1.786.000,00
24905402	PAGADO A: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	1081931346 - MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		1.786.000,00	0,00

Sumas iguales: 1.786.000,00 1.786.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado	Usuario
			MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	26/03/2026	MAR	1.900.000,00	95.000,00	19.000,00	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 10478 Fuente 63

Fecha: 27/03/2026

Paguese a favor de: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA

Documento: 1081931346

Concepto: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA,HONORARIO, EN LA ESE MES MARZO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas	A pagar
70-9936	1.900.000	0	0	95.000	0	19.000	0	1.786.000
Totales:	1.900.000	0	0	95.000	0	19.000	0	1.786.000


Contabilidad

Administrativo autorizado

Ordenador del gasto

MACEVEDO

Elaborado por

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

Obligacion presupuestal

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

Número 9936 Fuente 70

Fecha: 26/03/2026 Fuente RP: 102 Numero RP: 1192

Tercero: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA NIT: 1081931346
 Teléfono: 3014192721 Ciudad: PLATO

Detalle: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA,HONORARIO, EN LA ESE MES MARZO 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	MAR ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0	38.000
24072203	MAR ESTAMPILLA UNIMAG	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0	38.000
24072204	MAR ESTAMPILLA PRODEPORTE	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0	19.000
24362701	MAR RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0	19.000
24905402	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA MAR	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		0	1.786.000
73200211	AGRUPADO	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	CE	1.900.000	0
Sumas iguales:				1.900.000	1.900.000

Contabilizado Revisado Aprobado



Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Reten IVA
	26/03/2026	MAR	1.900.000	0	95.000	19.000	0

Plato Magdalena, marzo 31 de 2026.

CUENTA DE COBRO

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

MARTIN PUELLO GUERRA, identificado con cedula de ciudadanía 1081931346 la suma de un millón novecientos mil pesos (**1.900.000**), por concepto la prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** durante el mes de marzo, bajo contrato 603 de marzo 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.

Martin Puello

MARTIN PUELLO GUERRA

1081931346



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AG - 01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 27 de 33

INFORME DE ACTIVIDADES	
D. INFORMACION GENERAL	
Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	603
Objeto del Contrato	por concepto de prestación de servicios de auxiliar de enfermería en las diferentes áreas como apoyo a la gestión para el fortalecimiento en la E:S:E hospital fray Luis de león
Plazo del Contrato	09-03-2026 - 31-03-2026
Periodo objeto de pago	09 de marzo 2026 al 31 de marzo 2026
Nombre del Contratista	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA
N° de identificación	1081931346
Correo electrónico Contratista	mpuelloguerra1@gmail.com
Régimen del IVA	No Responsable de IVA
Es declarante de renta	No
Es pensionado	No
Valor total del Contrato	1.900.000
Valor de Honorarios mensual	1.900.000
Tipo de Cuenta	Ahorro
Banco al cual consignar	nequi
No. Cuenta	3014192721
Fecha Acta de Inicio	09 marzo 2026
N° Pago del Contrato	01
Ingreso Base Cotización IBC	1.750.905
N° planilla Pago de Seguridad social	8640661153
Periodo Pago Seguridad Social	febrero
Valor Periodo Pago de Seguridad social	545.100
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	220.200
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	281.900
Valor Pago ARL	43.000
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	Ismael camargo escorcia Subgerente científico
E. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

N. 819001483-1

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

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

esehospitalfrayluisdeleon Fray Luis De Leon

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó			
Revisó			
Revisó			

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AG - 01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	Versión: 3
		Página 28 de 33	

1	Prepare y administre de medicamentos a los pacientes del servicio de cirugía
2	Realice monitorización de signos vitales al paciente quirúrgico.
3	Realice preparación de paciente asepsia y antisepsia, vigile signos vitales durante el procedimiento quirúrgico..
4	Traslade paciente a recuperación
5	Realice notas de enfermería

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor del contrato 603 verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 09 de marzo de 2026 hasta el 31 de marzo de 2026

FIRMA DE QUIEN DECLARA:


Firma del Contratista

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.


Firma del Supervisor

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó			
Revisó			
Revisó			

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.



RAZÓN SOCIAL :	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1081931346
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-20
FECHA DE PAGO:	2026-03-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	8640661153
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630678447
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 218.900	\$ 220.200
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 1.700	\$ 280.200	\$ 281.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 42.700	\$ 43.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.300	\$ 541.800	\$ 545.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/04/2026
----------------------------------	------------



E.S.E. HOSPITAL
FRAY LUIS LEÓN



Gobernación del
MAGDALENA

SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AG - 01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 25 de 32

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista MARTIN PUELLO GUERRA 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 09 de marzo 2026 al 31 de marzo del 2026

Pago No.	001
Contrato:	603
Contratista:	MARTIN PUELLO GUERRA
Cédula o NIT	1081931346
Objeto:	por concepto de prestación de servicios de auxiliar de enfermería en las diferentes áreas como apoyo a la gestión para el fortalecimiento en la E:S:E hospital fray Luis de león
Plazo del contrato:	09/03/2026 -31/03/2026
Fecha iniciación:	09 de marzo de 2026
Fecha de terminación:	31 de marzo de 2026
Valor total del contrato:	\$ 1.900.000
Valor a pagar:	\$ 1.9000.000
Numero de PIN:	8630678447
Periodo cotizado:	Febreo 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 (31) días del mes de marzo de dos mil veintiseis (2026).

Supervisor,


Ismael Camargo escorcía
Subgerente científico

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

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó			
Revisó			
Revisó			

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

Se certifica que en la fecha 2026-03-20 la empresa MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA con documento de identificación CC 1081931346 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante PUELLO GUERRA MARTIN ELIAS identificado con CC-1081931346, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-1081931346		MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8640661153	I	2026-03-20	0,02436	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	806008394	ESSC07	Asociacion Mutual SER ESS EPS - MOV	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30