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 10225 **Fuente** 2

Fecha: 10/04/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 10812

Tercero

NIT o CC: 8709437 **Cod banco:** 01

Pagado a: MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA EN LA ESE, HONORARIOS MES DE MARZO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA	8709437 - MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0,00	10.069.000,00
24905406	PAGADO A: MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA	8709437 - MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		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
	06/04/2026	03	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 10812 **Fuente** 63

Fecha: 10/04/2026

Paguese a favor de: MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA **Documento:** 8709437

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA EN LA ESE, HONORARIOS

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
70-10259	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 10259 **Fuente** 70

Fecha: 06/04/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 1249

Tercero

Tercero: MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA **NIT:** 8709437
Telefóno: 3103949897 **Ciudad:** PLATO

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA EN LA ESE, HONORARIOS MES DE MARZO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	03 ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	220.000
24072203	03 ESTAMPILLA UNIMAG	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	220.000
24072204	03 ESTAMPILLA PRODEPORTE	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	110.000
24361501	03 RETENCION EN LA FUENTE 19%	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	271.000
24362701	03 RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	110.000
24905406	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA 03	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA		0	10.069.000
73200211	AGRUPADO	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA	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
	06/04/2026	03	11.000.000	0	821.000	110.000	0

Plato magdalena 31 DE MARZO 2026

CUENTA DE COBRO

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

MIGUEL GAMERO GARCIA, identificado con cedula de ciudadanía 8.709.437 la suma de **ONCE MILLONES DE PESOS ($11.000.000)**, por concepto la prestación de servicios como **GINECO-OBSTETRA** durante el mes de MARZO, bajo contrato 699 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.

MIGUEL GAMERO GARCIA
8.709.437

INFORME DE ACTIVIDADES	
J. INFORMACION GENERAL	
Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	699
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales especializados de ginecología para ejecutar los procesos asistenciales en el área de ginecobstetricia de la E.S.E Hospital fray Luis de león de plato.
FEDR	10 días
Periodo objeto de pago	1 de MARZO al 10 de MARZO 2026
Nombre del Contratista	MIGUEL GAMERO GARCIA
N° de identificación	8.709.437
Correo electrónico Contratista	Roma491@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	Ahorro
Banco al cual consignar	Bancolombia
No. Cuenta	51214818462
Fecha Acta de Inicio	1 de MARZO 2026
N° Pago del Contrato	01
Ingreso Base Cotización IBC	15.000.000
N° planilla Pago de Seguridad social	36059090
Periodo Pago Seguridad Social	FEBRERO
Valor Periodo Pago de Seguridad social	4.790.400
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	1.875.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	2.550.00
Valor Pago ARL	365.400
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	ISMAEL CAMARGO ESCORCIA SUB GERENTE CIENTIFICO
K. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	

	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.

ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO
1	VALORÉ PACIENTES EN URGENCIAS, HOSPITALIZCION, CIRUGIA, UCI
2	DESCRIBÍ EN LAS HISTORIAS CLINICAS ANALISIS Y EVALUACION DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS, CIRUGIA, HOSPITALIZACION Y UCI.
3	OBRÉ CON DILIGENCIA EN LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES
4	ESTUVE EN DISPONIBILIDAD 24 HORAS EN LOS SERVICIOS.
5	

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor del contrato 699 verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 1 de MARZO de 2026 hasta el 10 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.

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 36059090
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-02-19

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	8709437	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CALLE 10 11 30	DEPARTAMENTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	PLATO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	ROMA491@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	3103949897
FAX	3103949897	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 02	Año: 2026	Mes: 02	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		36059090

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-8709437	59	No	No	No	47	555	3861001	Salario	GAMERO GARCIA MIGUEL RAFAEL	$15.000.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 8709437																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 8709437	PORVENIR	30	$15.000.000	0.1600000	$2.400.000	$0	$0	$2.400.000	$75.000	$75.000	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 8709437	EPS SURA	30	$15.000.000	0.1250000	$1.875.000	$0	0	$0	0	$0	30	$15.000.000	856258	0.0243600	$365.400

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-8709437	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 02											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$2.400.000	$0	$0	$75.000	$75.000	0	$0	$0	$0	$2.550.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EPS SURA	1	$1.875.000	$0	0	$0	0	$0	$1.875.000	0	$0	$0	$1.875.000	$0	0	$0	$0	$1.875.000	$0	$0	$1.875.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	$365.400	0	$0	$0	$365.400	0	$0	$365.400	0	$0	$0	$365.400

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$1.875.000
PENSIONES	1	$2.550.000
RIESGOS PROFESIONALES	1	$365.400
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$4.790.400

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista MIGUEL RAFAEL GAMERO GARCIA 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 entre el 01 de marzo de 2026 al 10 de marzo del 2026

Pago No.	001
Contrato:	699
Contratista:	MIGUEL GAMERO GARCIA
Cédula o NIT	8.709.437
Objeto:	Prestación de servicios profesionales especializados de ginecología y obstetricia para ejecutar los procesos asistenciales en el área de ginecobstetricia de la E.S.E Hospital fray Luis de león de plato
Plazo del contrato:	01-03-26 10-03-26
Fecha iniciación:	1 de marzo de 2026
Fecha de terminación:	10 de marzo de 2026
Valor total del contrato:	$ 11.000.000
Valor a pagar:	$ 11.000.000
Numero de PIN:	36059090
Periodo cotizado:	febrero 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 (31) días del mes de MARZO de dos mil veintiseis(2026).

Supervisor,

Ismael Camargo escorcia

	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.