	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-F9	
		Versión	1	
		Fecha de Actualización	15/12/2025	
	FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			


**LA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**

VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL No 035-05

Que el señor (a) **YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 1.122.116.620, expedida en Villavicencio-Meta, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 035 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes MAYO del año 2026, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Nueva EPS	9504947469	\$ 218.900
Protección	9504947469	\$ 280.200
Positiva	9504947469	\$ 42.700
TOTAL		\$ 541.800=

En constancia se firma el día 25 del mes de mayo del año 2026.

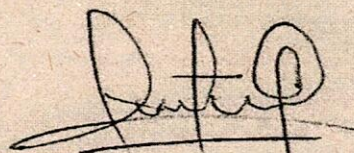

MARIA LINARES LAMUS
CONTRATO NUMERO 041 DE 2026
Profesional Salud Ocupacional

INFORME DE ACTIVIDADES No. 05

CUENTA DE COBRO NUMERO:	05
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
IDENTIFICACION:	C.C: 1.122.116.620 de Acacias
CONTRATO NUMERO:	035
PERIODO EJECUTADO:	01 de mayo al 31 de mayo
VALOR A COBRAR:	TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS (\$3.824.810) M/CTE.
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Prestar atención psicológica en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización, determinando la necesidad de los usuarios y acompañándolos en el proceso de las evoluciones en salud mental.	SI SE CUMPLE
2. Diligenciar en el módulo correspondiente el programa Prosoft, en forma correcta y completa, la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma.	SI SE CUMPLE.
3. Realizar control y seguimiento a los pacientes	Se beneficiaron 122 usuarios en total.
4. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio y promover las alternativas de solución.	SI SE CUMPLE
5. Tramitar la remisión de pacientes a servicio de mayor complejidad de ser necesario.	SI SE CUMPLE
6 Realizar en su área específica las funciones correspondientes a psicología clínica.	SI SE CUMPLE
7 Diligenciar y reportar enfermedades en salud publica	SI SE CUMPLE
8 Aplicar los protocolos y guías adaptadas por el hospital.	SI SE CUMPLE
9. Hacer demanda inducida a los demás programas de promoción y prevención del hospital según resolución 3280 de 218.	SI SE CUMPLE

10. Apoyo a talento humano	SI SE CUMPLE
11. Participar en los comités de salud mental dentro y fuera de la Institución.	SI SE CUMPLE
12. Apoyar el proceso de activación de rutas en salud mental	SI SE CUMPLE
13. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios virtuales, como redes sociales, entre otros	SI SE CUMPLE
ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL MAYO NUMERO:	9504947469



NOMBRE: YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
C.C. 1.122.116.620

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA

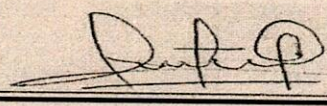
Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12

DOCUMENTO SOPORTE No:

035-5

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar:

Para personas naturales no comerciantes ó inscritas en Régimen Simplificado

RAZON SOCIAL :				HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO			
DIRECCIÓN:		Cra. 19 No. 16 a 30 - Barrio Mancera		TELÉFONO :		3202008043	
NIT:		822.001.570	DV 3				
FECHA DE LA TRANSACCIÓN :		31 de mayo de 2026		C.C. No.		1122116620 DE ACACIAS	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO:		YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ					
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO :		Acacias Meta, carrera 19 #16 a 30 barrio mancera					
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA:		8699					
CONCEPTO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO DEL PERIODO DEL 01 AL 31 DE MAYO DEL 2026					
No. De Contrato		0.35	Programa o Unidad Funcional:		OPS		
Periodo de cobro:		01 de mayo al 31 de mayo de 2026					
Objeto del contrato:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL E.S.E FUENTEDEORO DEL PERIODO DEL 01 AL 31 DE MAYO DEL 2026					
				VALOR DE LA OPERACIÓN		\$ 3.824.810	
				RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ -	
				VALOR A PAGAR		\$ 3.824.810	
FIRMA:							
							

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUI

Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

Fuentedeoro, 31 de mayo de 2026

Señores
HOSPITAL LOCAL I NIVEL ESE FUENTEDEORO
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para efectos tributarios –Ley 2277 de 2022.

Cordial saludo:

Yo, YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 1.122.116.620 expedida en Acacias, Meta, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número 05 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 035 de fecha 01 de mayo de 2026 al 31 mayo de 2026 objeto de esta declaración:

1. Que de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, mis ingresos corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y me acojo a la depuración de retención en la fuente por pagos mensualizados indicada en el párrafo 2 del parágrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2026 al 31 de mayo de 2026. En los pagos que me realice EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO de acuerdo con los siguientes factores:

Descripción	Valor
Deducción por intereses pagados en el año _____ por adquisición de vivienda	\$
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$

Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad
1122124879	Danna carolina	Gerena	Garcia	hija	18
1122137194	Samuel Mauricio	Gerena	Garcia	hijo	13

2. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA:

N° IDENTIFICACIÓN Y DV:

YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ

1.122.116.620

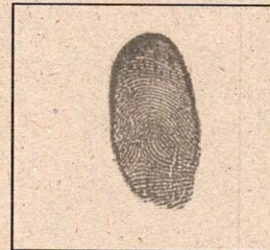
NOTA: El presente documento será anexo del formato **VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DE CONTRATOS**, para trámite de cuenta.

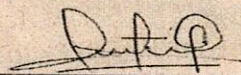
DECLARACION JURAMENTADA

Yo YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.122.116.620 de Acacias, Meta en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local E.S.E, Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No. 035 del 01 de mayo del 2026 al 31 de mayo 2026 , por medio del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento en los términos que consagra la Ley, que los documentos que presento al área de Contratación y Órdenes de Pago, corresponden al pago de Seguridad Social en Salud del mes de mayo de 2026, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro, Meta, a los treinta y uno (31) días del mes de mayo (2026).

HUELLA





YENY CAROLINA GARCIA GONZALEZ
CC 1.122.116.62. de Acacias

OK
25/05-26.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e ICBF
CC 1122116620		GARCIA GONZALEZ YENY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 # 16A-30	ACACIAS-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	326242794	9504947469	I	2026/06/04	2026/05/21	NEQUI	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
Ciudad: ACACIAS Depto: META (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		
1	CC 1122116620	GARCIA YENY	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122116620		GARCIA GONZALEZ YENY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 # 16A-30	ACACIAS-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	326242794	9504947469	I	2026/06/04	2026/05/21	NEQUI	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800