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 10519 **Fuente** 2

Fecha: 28/04/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 11092

Tercero

NIT o CC: 1004282867 **Cod banco:** 01

Pagado a: VELSY LILIANA TORRES MANTILLA **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DIFERENTES AREAS EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ABRIL 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: VELSY LILIANA TORRES MANTILLA	1004282867 - VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0,00	1.786.000,00
24905402	PAGADO A: VELSY LILIANA TORRES MANTILLA	1004282867 - VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		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
	24/04/2026	AB	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

Autorizacion de pago

Número 11092 **Fuente** 63

Fecha: 28/04/2026

Paguese a favor de: VELSY LILIANA TORRES MANTILLA **Documento:** 1004282867

Concepto: SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DIFERENTES AREAS EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ABRIL 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
70-10613	1.900.000	0	0	95.000	0	19.000	0	0	1.786.000
Totales:	1.900.000	0	0	95.000	0	19.000	0	0	1.786.000

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 10613 **Fuente** 70

Fecha: 24/04/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 1471

Tercero

Tercero: VELSY LILIANA TORRES MANTILLA **NIT:** 1004282867
Telefóno: **Ciudad:**

Detalle: SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DIFERENTES AREAS EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ABRIL 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	AB ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0	38.000
24072203	AB ESTAMPILLA UNIMAG	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0	38.000
24072204	AB ESTAMPILLA PRODEPORTE	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0	19.000
24362701	AB RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0	19.000
24905402	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA AB	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA		0	1.786.000
73200211	AGRUPADO	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA	HM	1.900.000	0
			Sumas iguales:	1.900.000	1.900.000

Contabilizado **Revisado** **Aprobado**

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	24/04/2026	AB	1.900.000	0	95.000	19.000	0

Plato Magdalena, abril 30 de 2026.

CUENTA DE COBRO

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

VELSY LILIANA TORRES MANTILLA, identificado con cedula de ciudadanía **1.004.282.867** la suma de **UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS ($1.900.000) MCL**, por concepto de **PRESTACION DE SERVICOS DE AUXILIAR EN ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS COMO APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO** durante el mes de abril, bajo contrato C-P-S-818-2026 de abril 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.

Velsy Torres Mantilla

VELSY LILIANA TORRES MANTILLA
C.C 1.004.282.867

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-818-2026**
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICOS DE AUXILIAR EN ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS COMO APOYO ALA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO
Plazo del Contrato	DEL 02 DE ABRIL DE 2026 HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2026
Periodo objeto de pago	ABRIL
Nombre del Contratista	**VELSY LILIANA TORRES MANTILLA**
N° de identificación	1.004.282.867
Correo electrónico Contratista	Rodolfomantilla8@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	AHORROS
Banco al cual consignar	BBVA
No. Cuenta	719001634
Fecha Acta de Inicio	02/04/2026
N° Pago del Contrato	01/01
Ingreso Base Cotización IBC	$1.750.905
N° planilla Pago de Seguridad social	**8641023907**
Periodo Pago Seguridad Social	03
Valor Periodo Pago de Seguridad social	$543.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	$219.400
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	$280.800
Valor Pago ARL	$42.800
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	SIELVA MARIA PEREZ PERTUZ SUPERVISORA ENCARGADA

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**
1	Realice la preparación y administración de medicamentos a los pacientes del servicio donde me encontraba realizando mis actividades.

2	Realice las curaciones post-Quirúrgicas a los pacientes que me asigno el médico o especialista
3	Realice la transcripción del proceso del paciente desde su ingreso según correspondía.
4	Realice las rondas de seguridad al paciente
5	Registre la aplicación de los medicamentos y los insumos utilizados por el paciente en el sistema de la ESE
6	Realice la toma de los signos vitales de cada paciente a mi cuidado
7	Realice el cuidado del paciente en general de manera respetuosa y oportuna
8	Diligencie de manera clara, legible y completa todos y cada uno de los documentos que forman parte de la historia clínica y de la atención al usuario que ha diseñado la institución para tal fin
9	Brinde información oportuna y clara al usuario y su familia
10	Realice el respectivo acompañamiento a los usuarios en las remisiones o interconsultas a otras instituciones en los casos que ameritaron mi presencia
11	Participe en las actualizaciones de las guías de atención medica institucional
12	Mantuve una excelente presentación personal de acuerdo a la política de la Empresa
13	Informe los cambios de actividades cuando ocurrieron
14	Realice los respectivos reportes a la Oficina de Gestión de Calidad de los incidentes adversos que se presentaron en el servicio
15	Brinde buen trato al Usuario y a su acompañante respetando su orientación religiosa y su cultura
16	Participe de manera activa en la entrega y recepción de turnos y actividades garantizando la cobertura de servicio.

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 (e) del contrato SIELVA MARIA PEREZ PERTUZ verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 02 de ABRIL de 2026 hasta el 30 de ABRIL de 2026.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	Velsy Jorer Mandilla. Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Sielva Perez Firma del Supervisor (e)

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el (la) contratista **VELSY LILIANA TORRES MANTILLA**, 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 02 DE ABRIL DE 2026 al 30 DE ABRIL DE 2026.

Pago No.	01/01
Contrato:	**C-P-S-818-2026**
Contratista:	**VELSY LILIANA TORRES MANTILLA**
Cédula o NIT	1.004.282.867
Objeto:	PRESTACION DE SERVICOS DE AUXILIAR EN ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS COMO APOYO ALA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO EN LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO
Plazo del contrato:	02/04/2026-30/04/2026
Fecha iniciación:	02 DE ABRIL DE 2026
Fecha de terminación:	30 DE ABRIL DE 2026
Valor total del contrato:	$1.900.000
Valor a pagar:	$1.900.000
Numero de PIN:	**8633541129**
Periodo cotizado:	MARZO 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 treinta (30) días del mes de abril de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

SIELVA MARIA PEREZ PERTUZ
SUPERVISORA ENCARGADA

Elaboró: Subgerencia Científica	Aprobó: Subgerencia Científica

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	VELSY LILIANA TORRES MANTILLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1004282867
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-20
FECHA DE PAGO:	2026-04-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	8641023907
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8633541129
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	$ 500	$ 218.900	$ 219.400
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 600	$ 280.200	$ 280.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 100	$ 42.700	$ 42.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 541.800	$ 543.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/05/2026

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente VELSY LILIANA TORRES MANTILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,004,282,867 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 719001634 aperturada el 13 de agosto de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 20 de marzo de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0719001634
Cuenta de 16 dígitos:	0719000200001634
Cuenta de 20 dígitos:	00130719000200001634

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141165110621

(415)7707212489984(8020) 000014116511062 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 4 2 8 2 8 6 7	3	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 2 8 2 8 6 7	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	MANTILLA	VELSY	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

41. Dirección principal
MZ 4 # 6 - 10

42. Correo electrónico rodolfomantilla8@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 2 0 5 6 5 8 1	3 0 2 2 4 0 3 4 2 0

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	2 0 2 3 1 0 1 7							

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 aplicarán 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 TORRES MANTILLA VELSY LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

GERENCIA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AA-G - 01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 1 de 1

Plato – Magdalena, 17 de abril de 2026

Señores:
CONTRATISTAS AREA ASISTENCIAL
E.S.E Hospital Fray Luis de León de Plato Magdalena
E. S. M.

ASUNTO: COMUNICACIÓN DE DESIGNACIÓN DE SUPERVISORA ENCARGADA PARA LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE CUENTAS DE COBRO

El suscrito Gerente de la E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO – MAGDALENA, en ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, se permite comunicarle que las actividades de supervisión de contratos asistenciales suscritos durante el mes de Abril en adelante, será ejercida por la enfermera profesional de planta **SIELVA MARIA PEREZ PERTUZ**, quien actuará como SUPERVISORA ENCARGADA de los mismos, específicamente en lo relacionado con la revisión, validación y trámite de las cuentas de cobro derivadas de dichos contratos.

En ese sentido, me permito resaltar que las funciones que como Supervisora le corresponden, son las siguientes:

a. Verificar que las cuentas de cobro presentadas por el(la) contratista cumplan con los requisitos contractuales y normativos para su trámite.
b. Exigir al contratista la presentación completa de los documentos soporte, tales como informes de actividades y comprobantes de pago a los sistemas de seguridad social (salud, pensión y ARL).
c. Revisar y validar la correspondencia entre las actividades ejecutadas y las cuentas de cobro presentadas.
d. Emitir concepto de cumplimiento y trámite de pago, cuando a ello haya lugar.
e. Informar oportunamente al Área Financiera y a quien corresponda sobre inconsistencias, irregularidades o incumplimientos en la documentación presentada para pago.
f. Remitir oportunamente al Área Financiera los documentos revisados y avalados, junto con los soportes correspondientes, para efectos del trámite de pago.

Sin otro particular.

Cordialmente,

EDGAR MANUEL VALVERDE ESPINOSA
Gerente
E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecta	Silvia González Mejía	Ing. Sistemas Apoyo Área de Contratación - Contratista	
Revisó	Miguel Muñoz Orozco	Abogado Apoyo Área de Gerencia y Contratación– Contratista	
Las arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			