

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 10569 Fuente 2

Fecha: 28/04/2026

Fuente OP: 63

Numero OP: 11144

Tercero

NIT o CC: 1045753867

Cod banco: 01

Pagado a: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY

Banco: BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE, HONORARIOS (ADICION) MES DE ABRIL 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	1045753867 - LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0,00	6.157.000,00
24905404	PAGADO A: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	1045753867 - LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		6.157.000,00	0,00

Sumas iguales: 6.157.000,00 6.157.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado	Usuario
			MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	24/04/2026	AD	1.050.000,00	52.500,00	10.500,00	0,00
	24/04/2026	AB	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 11144 Fuente 63

Fecha: 28/04/2026

Paguese a favor de: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY

Documento: 1045753867

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE, HONORARIOS (ADICION) MES DE ABRIL 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas	A pagar
70-10513	5.500.000	0	0	275.000	0	55.000	0	5.170.000
70-10512	1.050.000	0	0	52.500	0	10.500	0	987.000
Totales:	6.550.000	0	0	327.500	0	65.500	0	6.157.000


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 10513 Fuente 70

Fecha: 24/04/2026 Fuente RP: 102 Numero RP: 1518

Tercero

Tercero: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
Teléfono: 3122925981

NIT: 1045753867
Ciudad: PLATO

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ABRIL 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	AB ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	110.000
24072203	AB ESTAMPILLA UNIMAG	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	110.000
24072204	AB ESTAMPILLA PRODEPORTE	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	55.000
24362701	AB RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	55.000
24905404	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA AB	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	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	24/04/2026	AB	5.500.000	0	275.000	55.000	0



**E.S.E. HOSPITAL
FRAY LUIS LEÓN**



**Gobernación del
MAGDALENA**

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, ABRIL 30 DE 2026.

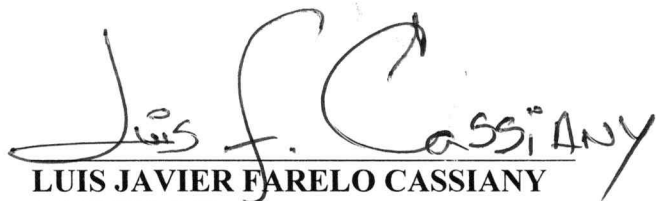
OK

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 ABRIL, bajo contrato 883 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 193 del E.T.


LUIS JAVIER FARELO CASSIANY
1.045.753.867

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



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 02 de ABRIL de 2026 hasta el 30 de ABRIL de 2026

Pago No.	001
Contrato:	C-P-S- 883
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:	02/04/2026
Fecha de terminación:	30/04/2026
Valor total del contrato:	5.500.000
Valor a pagar:	5.500.000
Numero de PIN:	6007921705
Periodo cotizado:	03/2026

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 TREINTA (30) días del mes de ABRIL de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

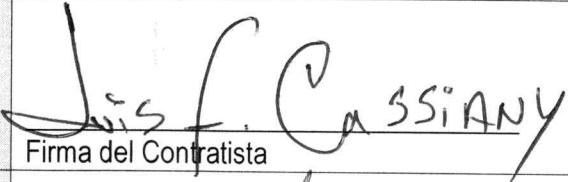
SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ
Supervisora (E).



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 883
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	02/04/2026 – 30/04/2026
Periodo objeto de pago	ABRIL 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	02/04/2026 ✓
N° Pago del Contrato	1
Ingreso Base Cotización IBC	2.200.000 ✓
N° planilla Pago de Seguridad social	6007921705 ✓
Periodo Pago Seguridad Social	03/2026
Valor Periodo Pago de Seguridad social	680.600 ✓
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	275.000 ✓
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	352.000 ✓
Valor Pago ARL	53.600 ✓
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ Supervisora (E).
• ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NTT: 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 SERVICIO DE URGENCIA Y HOSPITALIZACION DE LA E.S.E HOSPITAL 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 SELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ Supervisora (E) , 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:		 Firma del Contratista	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		 Firma del Supervisor	

TOTAL PAGADO: \$ 680.600



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

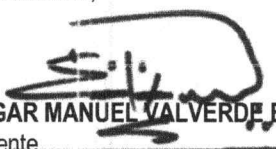
El suscrito Gerente de la E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO – MAGDALENA, en ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, se permite comunicarle que las actividades de supervisión de contratos asistenciales suscritos durante el mes de Abril en adelante, será ejercida por la enfermera profesional de planta **SELVA 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:

- Verificar que las cuentas de cobro presentadas por el(la) contratista cumplan con los requisitos contractuales y normativos para su trámite.
- 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).
- Revisar y validar la correspondencia entre las actividades ejecutadas y las cuentas de cobro presentadas.
- Emitir concepto de cumplimiento y trámite de pago, cuando a ello haya lugar.
- Informar oportunamente al Área Financiera y a quien corresponda sobre inconsistencias, irregularidades o incumplimientos en la documentación presentada para pago.
- 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.			

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

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

Obligación presupuestal

Número 10512 Fuente 70

Fecha: 24/04/2026 Fuente RP: 102 Numero RP: 1706

Tercero

Tercero: LUIS JAVIER FARELO CASSIANY NIT: 1045753867
Teléfono: 3122925981 Ciudad: PLATO

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA ESE, ADICION MES DE ABRIL 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	AD ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	21.000
24072203	AD ESTAMPILLA UNIMAG	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	21.000
24072204	AD ESTAMPILLA PRODEPORTE	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	10.500
24362701	AD RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	10.500
24905404	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA AD	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY		0	987.000
73200211	AGRUPADO	LUIS JAVIER FARELO CASSIANY	UR	1.050.000	0
Sumas iguales:				1.050.000	1.050.000

Contabilizado



Revisado

Aprobado

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	24/04/2026	AD	1.050.000	0	52.500	10.500	0



**E.S.E. HOSPITAL
FRAY LUIS LEÓN**



**Gobernación del
MAGDALENA**

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, ABRIL 30 DE 2026.

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 **UN MILLON CINCUENTA MIL PESOS MCL (\$1.050.000)**, 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 ABRIL, bajo contrato 883 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 193 del E.T.


LUIS JAVIER FARELO CASSIANY

1.045.753.867

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

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 3 de 4

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 02 de ABRIL de 2026 hasta el 30 de ABRIL de 2026

Pago No.	001
Contrato:	C-P-S- 883
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:	02/04/2026
Fecha de terminación:	30/04/2026
Valor total del contrato:	5.500.000
Valor a pagar:	1.050.000
Numero de PIN:	6007921705
Periodo cotizado:	03/2026

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 TREINTA (30) días del mes de ABRIL de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

SELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ
Supervisora (E).



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 883
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	02/04/2026 – 30/04/2026
Periodo objeto de pago	ABRIL 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	1.050.000
Tipo de Cuenta	AHORROS
Banco al cual consignar	BANCOLOMBIA
No. Cuenta	51253681679
Fecha Acta de Inicio	02/04/2026
N° Pago del Contrato	1
Ingreso Base Cotización IBC	2.200.000
N° planilla Pago de Seguridad social	6007921705
Periodo Pago Seguridad Social	03/2026
Valor Periodo Pago de Seguridad social	680.600
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	275.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	352.000
Valor Pago ARL	53.600
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ Supervisora (E).
• ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE

N. 819001483-1

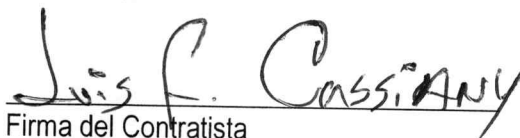
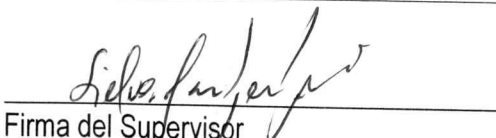
D. Via 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

[hospitalfrayluisdelmagdalena](https://www.facebook.com/hospitalfrayluisdelmagdalena) [hospitalfrayluisdelmagdalena](https://www.instagram.com/hospitalfrayluisdelmagdalena) [hospitalfrayluisdelmagdalena](https://twitter.com/hospitalfrayluisdelmagdalena) [hospitalfrayluisdelmagdalena](https://www.youtube.com/hospitalfrayluisdelmagdalena)



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 SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ Supervisora (E) . 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:		 Firma del Contratista	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		 Firma del Supervisor	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO DE IDENTIFICACION: CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACION: 1045753867	NÚMERO PLANILLA: 8007921705	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: BARRANQUILLA ATLANTICO	DEPARTAMENTO: BARRANQUILLA	PERIODO COTIZACIÓN: 2026	MES: marzo AÑO: 2026
DIRECCION: BARRANQUILLA ATLANTICO	TELÉFONO: 02-NO DEPENDIENTE	FECHA PAGO: 2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACION: 15682574
TIPO EMPRESA: ACTIVIDAD ECONÓMICA: ÚNICO	FORMA DE PRESENTACION: APORTANTE DIONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION										TOTALES	
CODIGO	NOMBRE	APORTES VOLUNTARIOS		COTIZACION		FSP		MORA		APORTES		MORA	
		No. COTIZANTES		EMP. LABOR	COTIZANTE			SOLIDARIDAD		COTIZACION	FSP		
230301	230301-PORTUENIR	1		\$ 352.000	\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0		
SUBTOTAL:													

ADMINISTRADORA										TOTAL APORTES A SALUD									
NOMBRE		No. COTIZANTES		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		APORTES		MORA		TOTALES	
				NUMERO AUTORIZACION		NUMERO AUTORIZACION		VALOR		VALOR AUTORIZACION		VALOR AUTORIZACION		VALOR AUTORIZACION		VALOR AUTORIZACION			
		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0			
EPS005-SANTAS S.A.																			
SUBTOTALES:																			

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NOMBRE		No. COTIZANTES		NÚMERO AUTORIZACIÓN		INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
1423		1423-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.				1				VALOR		PLANILLA		COTIZACIÓN				DESCUENTO	
										\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 53,600		\$ 0	

DATOS DEL COTIZANTE										LIQUIDACION DETALLADA APORTES										PANELES/ESCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
IDENTIFICACION		NOMBRES		TIPO DE COTIZANTE		SUBSECTOR		VALOR DE BASE		VALOR DE SALARIO		COTIZACION		INDICADOR		APORTES		PERSEJON		SALUD		CENTRO		ADMIN		COTIZACION		PANELES/ESCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CC	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO DE COTIZANTE	SUBSECTOR	VALOR DE BASE	VALOR DE SALARIO	COTIZACION	INDICADOR	APORTES	PERSEJON	SALUD	COTIZACION	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN	ADMIN

TOTAL PAGADO: \$ 680.600



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 ÁREA 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

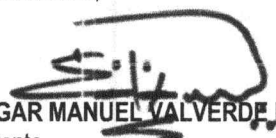
El suscrito Gerente de la E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO – MAGDALENA, en ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, se permite comunicarle que las actividades de supervisión de contratos asistenciales suscritos durante el mes de Abril en adelante, será ejercida por la enfermera profesional de planta **SELVA 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:

- Verificar que las cuentas de cobro presentadas por el(la) contratista cumplan con los requisitos contractuales y normativos para su trámite.
- 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).
- Revisar y validar la correspondencia entre las actividades ejecutadas y las cuentas de cobro presentadas.
- Emitir concepto de cumplimiento y trámite de pago, cuando a ello haya lugar.
- Informar oportunamente al Área Financiera y a quien corresponda sobre inconsistencias, irregularidades o incumplimientos en la documentación presentada para pago.
- 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.			

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