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 10571 **Fuente** 2

Fecha: 28/04/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 11146

Tercero

NIT o CC: 1143379154 **Cod banco:** 01

Pagado a: CAROLAYN SALINAS CASSIANI **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

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

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: CAROLAYN SALINAS CASSIANI	1143379154 - CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0,00	5.170.000,00
24905404	PAGADO A: CAROLAYN SALINAS CASSIANI	1143379154 - CAROLAYN SALINAS CASSIANI		5.170.000,00	0,00
			Sumas iguales:	5.170.000,00	5.170.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado		Usuario
				MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	24/04/2026	ABR	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

Autorizacion de pago

Número 11146 **Fuente** 63

Fecha: 28/04/2026

Paguese a favor de: CAROLAYN SALINAS CASSIANI **Documento:** 1143379154

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

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
70-10515	5.500.000	0	0	275.000	0	55.000	0	0	5.170.000
Totales:	5.500.000	0	0	275.000	0	55.000	0	0	5.170.000

Contabilidad	Administrativo autorizado	Ordenador del gasto	Elaborado por
			MACEVEDO

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 10515 **Fuente** 70

Fecha: 24/04/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 1564

Tercero

Tercero: CAROLAYN SALINAS CASSIANI **NIT:** 1143379154
Telefóno: 3205076421 **Ciudad:**

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

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	ABR ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	110.000
24072203	ABR ESTAMPILLA UNIMAG	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	110.000
24072204	ABR ESTAMPILLA PRODEPORTE	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	55.000
24362701	ABR RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	55.000
24905404	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA ABR	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	5.170.000
73200211	AGRUPADO	CAROLAYN SALINAS CASSIANI	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	ABR	5.500.000	0	275.000	55.000	0

10528

Plato Magdalena, ABRIL 30 de 2026

CUENTA DE COBRO

LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO DE MAGDALENA DEBE A:

CAROLAYN SALINAS CASSIANI, identificado con cedula de ciudadanía 1143379154 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 el mes de ABRIL, bajo contrato 884 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.

CAROLAYN SALINAS CASSIANI
1.143.379.154

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por el (la) contratista CAROLAYN SALINAS CASSIANI, 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 07 de ABRIL de 2026 hasta el 30 de ABRIL de 2026

Pago No.	01
Contrato:	C-P-S- 884
Contratista:	CAROLAYN SALINAS CASSIANI
Cédula o NIT	1143379154
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 MESES
Fecha iniciación:	07/04/2026
Fecha de terminación:	30/04/2026
Valor total del contrato:	5.500.000
Valor a pagar:	5.500.000
Numero de PIN:	120494844
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 Articulo 244 de la ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los TREINTA (30) días del mes de ABRIL de dos mil veinte seis (2026).

Supervisor,

SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ
Supervisora (E)

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 884
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	07/04/2026 – 30/04/2026
Periodo objeto de pago	ABRIL 2026
Nombre del Contratista	**CAROLAYN SALINAS CASSIANI**
N° de identificación	1.143.379.154
Correo electrónico Contratista	SCAROLAYN@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	678-193-288-27
Fecha Acta de Inicio	07/04/2026
N° Pago del Contrato	1
Ingreso Base Cotización IBC	2.000.000
N° planilla Pago de Seguridad social	9500382620
Periodo Pago Seguridad Social	03/2026
Valor Periodo Pago de Seguridad social	618.800
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	250.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	320.000
Valor Pago ARL	48.800
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	**SIELVA MARÍA PÉREZ PERTUZ Supervisora (E)**
• ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE**

	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 JUNIOR 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 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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143379154		SALINAS CASSIANI CAROLAYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 8 28	TENERIFE-MAGDALENA	3205076421	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	120494844	9500382620	I	2026/04/15	2026/03/09	NEQUI	0	$618,800

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)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: TENERIFE Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 1143379154	SALINAS CAROLAYN	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$48,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$48,800		$0	$0

PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143379154		SALINAS CASSIANI CAROLAYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 8 28	TENERIFE-MAGDALENA	3205076421	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	120494844	9500382620	I	2026/04/15	2026/03/09	NEQUI	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702		1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$618,800**	**$0**	**$0**	**$618,800**

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.			