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 11065 **Fuente** 2

Fecha: 28/05/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 11642

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 MAYO 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
	22/05/2026	MAYO	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 11642 **Fuente** 63

Fecha: 28/05/2026

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

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

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas	A pagar
70-11022	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	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 11022 **Fuente** 70

Fecha: 22/05/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 1987

Tercero

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

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

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	MAYO ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	110.000
24072203	MAYO ESTAMPILLA UNIMAG	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	110.000
24072204	MAYO ESTAMPILLA PRODEPORTE	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	55.000
24362701	MAYO RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	CAROLAYN SALINAS CASSIANI		0	55.000
24905404	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA MAYO	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
	22/05/2026	MAYO	5.500.000	0	275.000	55.000	0

Plato Magdalena, MAYO 29 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 MAYO, bajo contrato 1115 de MAYO 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 13 de MAYO de 2026 hasta el 31 de MAYO de 2026

Pago No.	01
Contrato:	C-P-S- 1115
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:	13/05/2026
Fecha de terminación:	31/05/2026
Valor total del contrato:	5.500.000
Valor a pagar:	5.500.000
Numero de PIN:	211921608
Periodo cotizado:	04/2026

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 VEINTI NUEVE (29) días del mes de ABRIL de dos mil veinte seis (2026).

Supervisor,

Fabiola Roncallo

Fabiola Cristina Roncallo Delgado
Subgerente científico

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 1115
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	13/05/2026 – 31/05/2026
Periodo objeto de pago	MAYO 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	13/05/2026
N° Pago del Contrato	1
Ingreso Base Cotización IBC	2.000.000
N° planilla Pago de Seguridad social	9502096498
Periodo Pago Seguridad Social	04/2026
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	**Fabiola Cristina Roncallo Delgado** **Subgerente científico**

• 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 **Fabiola Cristina Roncallo Delgado Subgerente científico** verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 13 de MAYO de 2026 hasta el 31 de MAYO de 2026.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Fabiola Roncallo Firma del Supervisor

aportes 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
2026-04	2026-04	211921608	9502096498	I	2026/05/14	2026/04/10	NEQUI	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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

2026/04/10 09:24 AM

aportes 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
2026-04	2026-04	211921608	9502096498	I	2026/05/14	2026/04/10	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	2	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$618,800	$0	$0	$618,800

2026/04/10 09:24 AM