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 11142 **Fuente** 2

Fecha: 09/06/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 11721

Tercero

NIT o CC: 9263365 **Cod banco:** 01

Pagado a: EMIRO OSPINO ARCE **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUGANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE MAYO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: EMIRO OSPINO ARCE	9263365 - EMIRO OSPINO ARCE		0,00	10.069.000,00
24905406	PAGADO A: EMIRO OSPINO ARCE	9263365 - EMIRO OSPINO ARCE		10.069.000,00	0,00
			Sumas iguales:	10.069.000,00	10.069.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado		Usuario
				MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	22/05/2026	05	11.000.000,00	821.000,00	110.000,00	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 11721 **Fuente** 63

Fecha: 09/06/2026

Paguese a favor de: EMIRO OSPINO ARCE **Documento:** 9263365

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUGANO EN LA ESE, HONORARIOS MES DE MAYO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA		Estampillas	A pagar
70-10912	11.000.000	0	0	821.000	0	110.000	0	0	10.069.000
Totales:	11.000.000	0	0	821.000	0	110.000	0	0	10.069.000

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 10912 **Fuente** 70

Fecha: 22/05/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 1818

Tercero

Tercero: EMIRO OSPINO ARCE **NIT:** 9263365
Telefóno: 6856179 **Ciudad:**

Detalle: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL EN LA ESE, HONORARIOS MES DE MAYO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	05 ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072203	05 ESTAMPILLA UNIMAG	EMIRO OSPINO ARCE		0	220.000
24072204	05 ESTAMPILLA PRODEPORTE	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24361501	05 RETENCION EN LA FUENTE 19%	EMIRO OSPINO ARCE		0	271.000
24362701	05 RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	EMIRO OSPINO ARCE		0	110.000
24905406	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA 05	EMIRO OSPINO ARCE		0	10.069.000
73200211	AGRUPADO	EMIRO OSPINO ARCE	UR	11.000.000	0
			Sumas iguales:	11.000.000	11.000.000

Contabilizado **Revisado** **Aprobado**

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	22/05/2026	05	11.000.000	0	821.000	110.000	0

Plato Magdalena, mayo 29 de 2026.

CUENTA DE COBRO

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

EMIRO OSPINO ARCE, identificado con cedula de ciudadanía **9.263.365** la suma de **ONCE MILLONES DE PESOS ($11.000.000) MCL**, por concepto de **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA** durante el mes de mayo (del 01 al 10), bajo contrato C-P-S-1136-2026 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 383 del E.T.

EMIRO OSPINO ARCE
C.C 9.263.365

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-1136-2026**
Objeto del Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDADDE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA
Plazo del Contrato	DEL 01 DE MAYO DE 2026 HASTA EL 10 DE MAYO DE 2026
Periodo objeto de pago	MAYO
Nombre del Contratista	**EMIRO OSPINO ARCE**
N° de identificación	8.263.365
Correo electrónico Contratista	Emosar01@hotmail.com
Régimen del IVA	No Responsable de IVA
Es declarante de renta	SI
Es pensionado	NO
Valor total del Contrato	$11.000.000
Valor de Honorarios mensual	$11.000.000
Tipo de Cuenta	AHORROS
Banco al cual consignar	BANCO DE BOGOTA
No. Cuenta	284110327
Fecha Acta de Inicio	01/05/2026
N° Pago del Contrato	01/01
Ingreso Base Cotización IBC	$6.000.000
N° planilla Pago de Seguridad social	**1751076524**
Periodo Pago Seguridad Social	04
Valor Periodo Pago de Seguridad social	$897.000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	$750.600
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	$0
Valor Pago ARL	$146.400
Nombre y Cargo del supervisor del. Contrato	FABIOLA CRISTINA RONCALLO DELGADO SUBGERENTE CIENTIFICA

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**
1	Preste con diligencia y disponibilidad 24 horas al día los servicios como Cirujano General en las áreas de Hospitalización, consulta externa, urgencias y cirugía de le ESE

2	Realice de manera oportuna la entrega de los turnos correspondientes a quien me recibía con la mayor diligencia garantizando siempre la cobertura del servicio.
3	Realice la atención de un total de (332) pacientes de la siguiente manera: procedimientos en pacientes de cirugía (65), atención consulta externa (130), atención Hospitalización (75) atención urgencias (62).
4	Realice las prescripciones requeridas para los diferentes procedimientos realizados en cada paciente.
5	Atendí con plena autonomía, responsabilidad, cuidado y respeto cada uno de los procedimientos que requirieron la atención de mi especialidad
6	Diligencie de manera completa y oportuna todas las historias clínicas de los procedimientos realizados
7	Diligencie los formatos requeridos por la ley para la atención de pacientes en las diferentes plataformas relacionados con el Ministerio de Salud y Protección Social.
8	Diligencie las notas y las fichas correspondientes a los procesos realizados durante mi secuencia de manera oportuna.
9	Di información clara y precisa al paciente sobre el procedimiento que le iba a realizar
10	Participe de manera activa en la Actualización y revisión periódica de las Guías de Práctica Clínica Y los protocolos Adoptados para la ejecución de las actividades de este contrato

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 del contrato FABIOLA CRISTINA RONCALLO DELGADO verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el día 01 de MAYO de 2026 hasta el 10 de MAYO de 2026.

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Teniendo en cuenta el informe presentado por el (la) contratista **EMIRO OSPINO ARCE**, 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 el día 01 de MAYO DE 2026 al 10 DE MAYO DE 2026.

Pago No.	01/01
Contrato:	**C-P-S-1136-2026**
Contratista:	**EMIRO OSPINO ARCE**
Cédula o NIT	8.263.365
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ESPECIALIDADDE CIRUGIA GENERAL PARA LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA
Plazo del contrato:	01/05/2026-10/05/2026
Fecha iniciación:	01 DE MAYO DE 2026
Fecha de terminación:	10 DE MAYO DE 2026
Valor total del contrato:	$11.000.000
Valor a pagar:	$11.000.000
Numero de PIN:	**9996856901**
Periodo cotizado:	ABRIL 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 veintinueve (29) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026).

Supervisor,

Fabiola Roncallo

FABIOLA CRISTINA RONCALLO DELGADO
SUBGERENTE CIENTIFICA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9263365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMIRO OSPINO ARCE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOMPOS	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MOMPOX	TELÉFONO:	6855258
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		1751076524	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996856901

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 750.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 750.000	$ 600	$ 0	$ 750.600
SUBTOTALES:													**$ 750.000**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 750.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 146.200	$ 146.200	$ 200	$ 0	$ 146.400
SUBTOTALES:									**$ 146.200**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 146.400**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 9263365	EMIRO OSPINO ARCE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENSIONADO	$ 6.000.000			NO																			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	$ 6.000.000	$ 750.000	$ 0	$ 750.000	14-25-COLMENA	30	$ 6.000.000	9263365	$ 146.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

TOTAL PAGADO:	**$ 897.000**

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que EMIRO OSPINO ARCE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 9.263.365 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 284110327, abierta/o desde el 19/8/1999.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Mayo del año 2026 con destino a: Ese hospital Fray Luis de León

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14906840272

(415)7707212489984(8020) 000001490684027 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 2 6 3 3 6 5	4	Impuestos de Cartagena	6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 2 6 3 3 6 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolivar 1 3	Mompós 4 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINO	ARCE	EMIRO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolivar 1 3	Mompós 4 6 8

41. Dirección principal: CR 18 B 4 A 15

42. Correo electrónico: ellysrangel@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 8 5 6 1 7 9	3 2 1 5 3 9 3 1 7 4

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	1 9 9 9 0 4 0 6	0 1 4 1	2 0 1 4 0 1 0 3			

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 5	5 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 adelantarán 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 OSPINO ARCE EMIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Retención en la fuente para Rentas de trabajo diferentes a salarios

Digite los datos del empleado

Digite el nombre de la empresa contratante	Mes	Enero de 2020
Emiro Ospino Arce		
CC: 9.263.365	UVT	Valor UVT
Declarante	Año 2026	52,374
	Año 2025	49,799

Conceptos	Datos	Depuración

Información sobre el contrato (datos solamente informativos)

Valor del contrato	-	01-01-20	31-12-20
Contrato numero	-		

1

Total pagos en el mes	Valor factura o cuenta de cobro		Digite los meses a los que corresponde el pago
Honorarios, comisiones o servicios, prestados con hasta un trabajador o contratista	11,000,000	11,000,000	1
Total Ingresos mes	**11,000,000**	**11,000,000**	

Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)

Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	704,000	704,000
Fondo de Solidaridad Pensional	-	-
Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RAI) (Art. 55 ET)		
Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	550,000	550,000
Aportes a ARL	107,184	107,184
Total ingresos no contitutivos de renta ni ganancia ocasional		**1,361,184**

Subtotal (A)	**9,638,816**

2 **Menos rentas exentas**

Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	-
Aportes con destino a cuentas AFC (art 126-4 ET)	-	
Total rentas exentas	-	-

Subtotal (B)	**9,638,816**

3 **Menos deducciones**

Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud	-	-
Por dependientes (Art 387 ET)- Según el oficio 036306 de 2016, tambien aplica para independientes.	1,100,000	1,100,000
Intereses por prestamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)	-	-
	-	-
Total deducciones		**1,100,000**

Subtotal (C)	**8,538,816**
Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numeral 10 art. 206 ET)	**2,134,704**

Límite del 40% sobre Rentas Exentas y Deducciones **3,855,526**
Total renta exentas (incluye el 25%) y deducciones **3,234,704**

Base gravable (ver tabla)	**6,404,112**

Desactualizado -debe actualizarlo en www.consultorcontabl

	Retención en la fuente a efectuar	
Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)	**$**	**271,000**

2.46%

Diseño

Revisó