Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: HOSPITAL SAN VIVENTE
NIT: 860024026
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: 15639mendezgiraldo
Secuencia: +
Número de cuenta a debitar: 33294844461

Fecha: 05-01-2026 **Hora:** 09:58:51
Fecha de Generación: 05-01-2026

Fecha de envío del pago: 31-12-2025
Fecha para Procesar el pago: 31-12-2025

Impreso por: 860024026

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $5,908,000.00	**Valor Registros Procesados:** $5,908,000.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
91274727107	Ahorros	11349001	MENDEZ GIRALDO OSC	5,908,000.00	BANCOLOMBIA	PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA	31-12-2025

FECHA: 30/12/2025 **5,908,000.00**

MENDEZ GIRALDO OSCAR FABIAN **CC ó Nit:** **11349001**

CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS M/CTE

Transferencia Desde BanColombia Cuenta No. : 33294844461 Hacia: BanColombia Cuenta No. 91274727107

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

NIT: 860024026-5 **COMPROBANTE DE EGRESO No.**

Carrera 6 N° 9 - 40 Sur Tel. Teléfono Conmutador: ? PBX: Citas 301 2 **15639**

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1893	2189	757	695	2.4.5.02.09.011	CONVENIO 891-2025 MEDICO EN TU TERRITORIO	5,908,000.00

TOTAL **5,908,000.00**

DETALLE DE LA CAUSACION

Nro	Descripcion	Prefijo	N° Fact	Fecha	ValorTotal
18629	SERVICIOS PRESTADOS MES DE NOVIEMBRE DE 2025 - SEGUN CONTRATO	CT	21	12/24/2025	5,908,000.00

TOTAL **5,908,000.00**

DETALLE DEL GIRO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11100618	CTA 332948444-61 MEDICO TU TERRITORIO	0.00	5,908,000.00
24905401	HONORARIOS	5,908,000.00	0.00

SUMAS IGUALES **5,908,000.00** **5,908,000.00**

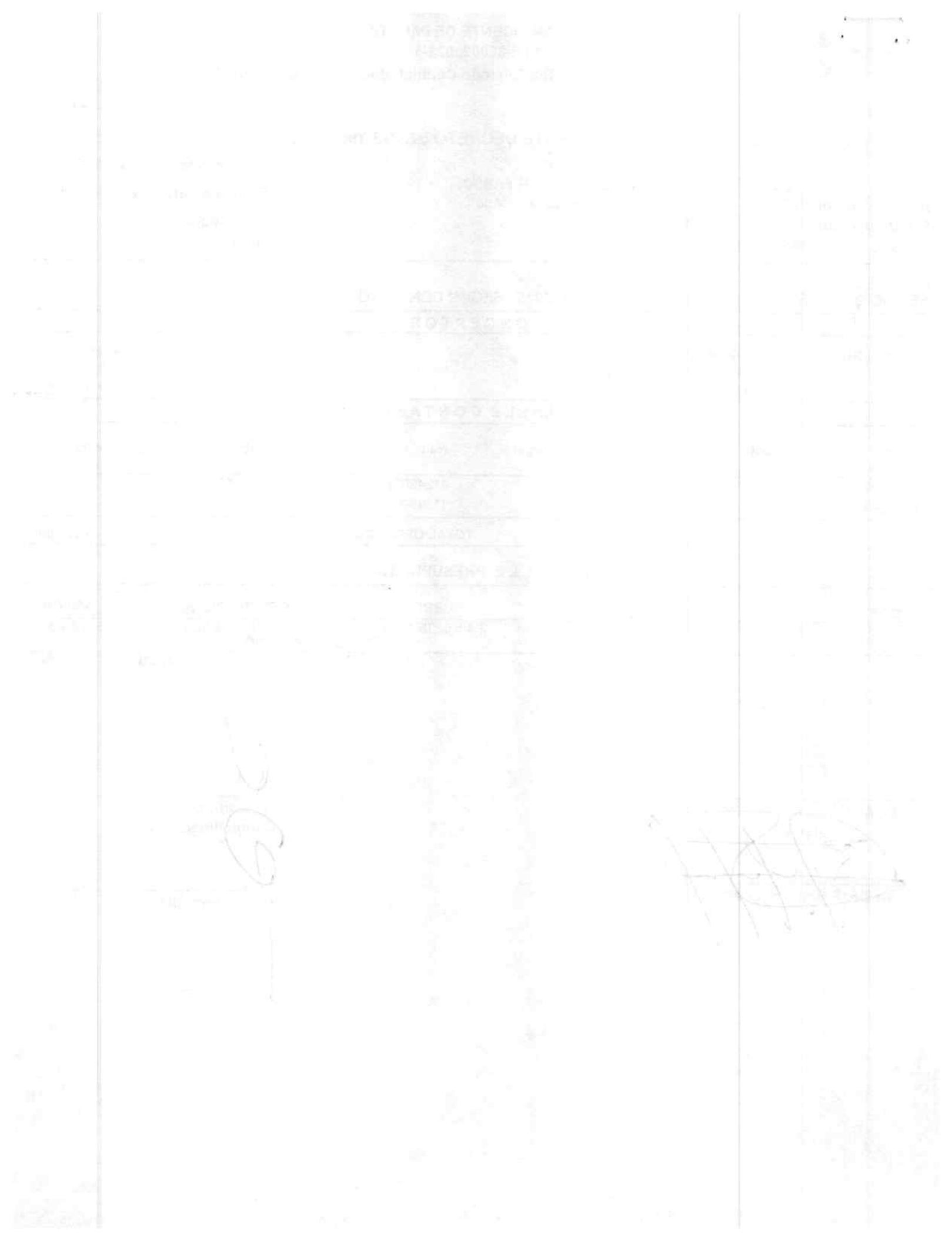
DESCRIPCION:

PAGO SERVICIOS SEGUN CONTRATO # 428 DE 2025

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
NEMOCÓN - CUNO
PAGO POR TRANSFERENCIA
Nuestro Hospital Seguro y Humano

Gerente **Subgerente Administrativo y Financiero** **Firma y Sello del Beneficiario**

CC O NIT



ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON
NIT: 860024026-5
Carrera 6 N° 9 - 40 Sur Tel. Teléfono Conmutador: ? PBX: Citas 301 2

DOCUMENTO EQUIVALENTE DECRETO 522 DE 1993 ART. 3

18629

Fecha: **24/12/2025**

Nit: 11349001 **DV:** MENDEZ GIRALDO OSCAR FABIAN
Autorretenedor NO **Regimen** Regimen Simplificado
Contribuyente: NO **Factura:** 21
I. C. A. : NINGUNA

Fecha Factura: 24/12/2025 1:47
No. Contrato 428
Retencion:

Concepto:
SERVICIOS PRESTADOS MES DE NOVIEMBRE DE 2025 - SEGUN CONTRATO

CONCEPTOS

Concepto	Descripcion	Valor
999	73140201-HONORARIOS	5,908,000
06	24905401 HONORARIOS	5,908,000

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncinal	Lugar	Nit	Debito	Credito
73140201	0507	05	01	11349001	5,908,000	0
24905401				11349001	0	5,908,000
				TOTAL OPERACION:	**5,908,000**	**5,908,000**

DETALLE PRESUPUESTAL

CDP	RP	OBLIGA	LUGAR	RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
695	757	2,189	01	2.4.5.02.09.011	CONVENIO 891-2025 MEDICO EN TU TERRITORIO	5,908,000
					Total :	5,908,000

OLGA LUCIA ACOSTA RINCON
Elaboró por

Revisado por
Contabilidad

Vo.Bo. Subgerencia Administrativa

Vo.Bo. Gerencia

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GAD-CTT-FM-07
HOSPITAL DE NEMOCÓN con corazón	GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 1
	FORMATO INFORME SUPERVISORES	FECHA: JUL 2020

INFORME SUPERVISIÓN	
FECHA	Miercoles, 24 de Diciembre de 2025
CONTRATO No	428 DE 2025
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD DEL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MÉDICO EN TU TERRITORIO, CUIDANDO TU SALUD, EN EL MARCO DEL CONVENIO SS- CD-CVI-891-2025 SUSCRITO POR LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN.

DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11349001		
RUT	8692		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	19/11/2025	FECHA DE INICIO	19/11/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025	FECHA DE CORTE	DICIEMBRE
PRÓRROGA 1		PRÓRROGA 2	

EJECUCIÓN FINANCIERA			
DESCRIPCIÓN		CONTRATADO	
VALOR INICIAL		$	5,908,000
ADICIÓN 1			
ADICIÓN 2			
PAGO	FECHA	No. DE FACTURA	EJECUTADO
PAGO 1	24-dic-25	21	$ 5,908,000
PAGO 2			
PAGO 3			
PAGO 4			
PAGO 5			
PAGO 6			
PAGO 7			
PAGO 8			
PAGO 9			
PAGO 10			
PAGO 11			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO		$	5,908,000
VALOR EJECUTADO		$	5,908,000
VALOR POR EJECUTAR		$	-

DOCUMENTACIÓN RECIBIDA		
DOCUMENTOS ALLEGADOS	MARQUE CON UNA X	N° DE FOLIOS
Factura o cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	3
Planilla de pago seguridad social	X	1
Anexos	X	1

SOPORTE DE PAGO DE SALUD PENSIONES Y ARL			
No de planilla	Fecha de pago	Periodo pagado	Valor pagado
92368936	15/12/2025	DICIEMBRE	$ 1,352,700

CONCEPTO DE SUPERVISIÓN
Teniendo en cuenta que no se encontraron falencias y que el contratista dio cumplimiento a las obligaciones, se emite un concepto **FAVORABLE** para el pago.
JAIRO MIGUEL MARTINEZ SABIO
SUPERVISOR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11349001
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ZIPAQUIRA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 19 N. 68-87	TELÉFONO:	8818446
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6000145181		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	17				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/19		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2022567957

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.552.000	$ 0	$ 0	$ 48.500	$ 48.500	$ 16.600	$ 1.200	$ 1.649.000	$ 17.800	$ 1.666.800
SUBTOTALES:										$ 1.649.000	$ 17.800	$ 1.666.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.212.500	$ 0	$ 13.000	$ 0	$ 1.212.500	$ 13.000	$ 0	$ 1.225.500
SUBTOTALES:													$ 1.212.500	$ 13.000	$ 0	$ 1.225.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 236.300	$ 236.300	$ 2.800	$ 0	$ 239.100
SUBTOTALES:									$ 236.300	$ 2.800	$ 0	$ 239.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 58.200	$ 700	$ 58.900
SUBTOTALES:			$ 58.200	$ 700	$ 58.900

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 11349001	MENDEZ GIRALDO OSCAR FABIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 9.700.000				NO

NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN										SALUD						ARP					PARAFISCALES							
			FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINTIC		
ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 9.700.000	$ 1.552.000	$ 48.500	$ 48.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.649.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 9.700.000	$ 1.212.500	$ 0	$ 1.212.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 9.700.000	$ 11349001	236.300	$30	$ 9.700.000	CCF24-COMPENSAR	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 3.190.100

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

24/12/25, 11:09 28-2025 Formato Informe ESE SSN VICENTE DE PAUL SEPTIEMBRE.docx - Documentos de Google

Calidad	
Observaciones Ninguna	Firma 

Gerencia	
Observaciones	Firma

Gestión de la Información	
Observaciones	Firma

Gestión Documental	
Observaciones	Firma
NINGUNA	consuelo calcedo

Gestión de la Tecnología	
Observaciones	Firma
Ninguna.	Gra Martinez

Gestión del Talento Humano	
Observaciones	Firma
Sin Novedad	

Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo	
Observaciones	Firma
Ninguna	

	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	GTH-RET-FM-02
HOSPITAL DE NEMOCÓN con corazón	RETIRO	VERSIÓN: 03
	FORMATO DE PAZ Y SALVO	FECHA: may-2024

Teniendo en cuenta los requerimientos de la ESE y en concordancia con el Programa de Talento Humano, este documento se elabora para el personal que finaliza su proceso dentro de la ESE San Vicente de Paúl de Nemocón independiente del tipo de contratación, con el fin de entrega de su Cargo y puesto de Trabajo de manera formal y completa.

Recuerda: Después de formalizar la entrega y diligenciar el formato se debe legalizar con área de Talento Humano, para el posterior tramite de su retiro, liquidación, certificaciones laborales, entre otros. Así mismo deberá ser diligenciado el formato de encuesta de retiro para recolectar información importante de su salida y vivencia dentro de la ESE.

Datos del Colaborador		
Nombre y CC: Oscar mendoza Giraldo		Firma
Cargo: Medico internista		
Tipo de Vinculación	Prestación de Servicio ☒ Concesión Parcial ☐ Planta ☐	
Fecha Retiro:		

Jefe Inmediato y/o Supervisor	
Observaciones Ninguna	Firma

Almacén	
Observaciones	Firma

Tesorería	
Observaciones Ninguna	Firma

ACTIVIDAD CONTRATADA	DETALLE DEL AVANCE ACTIVIDAD CONTRATADA	SOPORTES
(MEDICINA INTERNA	CONSULTA MÉDICA INTERNA)	SE ADJUNTA 3 FOLIOS
CONSULTA POR MEDICNA INTERNA	CONSULTA MEDICINA INTERNA	
RELACIÓN DE ANEXOS		
DOCUMENTOS	**DOCUMENTOS ALLEGADOS**	**N° DE FOLIOS**
Factura o cuenta de cobro	SI	X
Informe de actividades	SI	X
Planilla de pago a seguridad social	SI	X
Anexos (describirlos si los hay)	SI	X
OBSERVACIONES		
Los soportes físicos se encuentran en cada una de las dependencias a cargo de los supervisores.		
FIRMA		

NOMBRE CONTRATISTA	OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO
DOCUMENTO ID	11349001 de Zipaquirá

PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

CONSULTA MEDICINA INTERNA (CONSULTA EXRAMURAL) LOS DÍAS DE
NOVIEMBRE 24 Y 27
DICIEMBRE 1 Y 4

VALOR A COBRAR	$5.908.000 **$** CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS M/C

INFORME DEL CONTRATISTA			
FECHA	NOVIEMBRE de 2025		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No	428- 2025		
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA ESPECIALIZADA COMO MÉDICO INTERNISTA PARA CONSULTA EXTERNA EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON		
DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11349001	**FECHA DEL INFORME**	AGOSTO 2025
NÚMERO DE INFORME	1	**% DE EJECUCIÓN**	33%
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE CIENTÍFICO		

DATOS PARA COBRO	
PERIODO COBRADO	NOVIEMBRE 2025

CUENTA DE COBRO No. 21

FECHA		
AA	MM	DD
2025	12	24

NOMBRE: OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO				
CC: 11349001	Régimen			
	SIMPLIFICADO	X	COMUN	

Valor Total Letras	Valor números
$ CINCO MIULLONES NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS M/C	$ 5.908.000

POR CONCEPTO DE

Prestación de servicios profesionales como MEDICINA INTERNA (MEDICO EXTRA MURAL)
Según Contrato Prestación de Servicios No. 428 Del año : 2025
Periodo: **NOVIEMBRE** Año: 2025

Pago en:

BANCO- Cuenta	Ahorros	Corriente	NUMERO	OTRO
Bancolombia	X		**91274727107**	

Nombre:	OSCAR FABIAN MENDEZ GIRALDO	
C.C.	11349001	**Dirección: CARRERA 27 No 5-85 zipaquirá**
Celular :	3105951619	**Firma:**