EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL CENTRO
N.I.T.: 807008824
DIRECCIÓN: KDX HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MIRAFLORES
GRAMALOTE NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

COMPROBANTE DE EGRESO : CE-8247
FECHA DOCUMENTO : 17/07/2025

PAGADO A: VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO - 1025141092
LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L
CONCEPTO: PAGO 1/4 CANCEL-JUNIO/2025 S/C 470 PREST-SERV-AUXILIAR ENFERMERIA APOYO EJECUCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE NUTRICION PARA EL IPS GRAMALOTE QUE FORMAN PARTE DE LA RED

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	DESCUENTO
249055.01	Servicios	DSE 2376	2,200,000.00	
240722.01	Estampilla Hospital Erasmo Meoz 2%			44,000.00
			2,200,000.00	44,000.00

CUENTA	FORMA DE PAGO		VALOR PAGADO
111006.07	BANCO BBVA CA#200000058 PIC	DSE 2376	2,156,000.00

ELABORADO POR	AUTORIZADO POR	FIRMA BENEFICIARIO
TESORERO	GERENTE	PAGADO POR TRANSFERENCIA C. C. o NIT Nº

Gramalote, 14 de julio de 2.025.

Señora:
GLADYS YANETH CORREDOR BLANCO.
Coordinadora de Presupuesto.

REF: SOLICITUD DEFINITIVA DE PAGO N. 315

Solicitud de Definitiva de Pago

Atentamente solicito a Usted Definitiva de Pago, Contra RP No. 610 de mayo 19 de 2.025, para cubrir el siguiente compromiso adquirido por la E.S.E.

Objeto: Cancelación de Prestación de Servicios como auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia de NUTRICION para el municipio de Gramalote, que hace parte de la red hospitalaria de la ESEHRC., Actividad desarrollada durante el tiempo comprendido entre el 21 de mayo y el 19 de junio 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 470 de 2.025.

DESCRIPCION	VALOR DEFINITIVA DE PAGO
Cancelación Prestación de Servicios como auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia de NUTRICION para el municipio de Gramalote, que hace parte de la red hospitalaria de la ESEHRC., Actividad desarrollada durante el tiempo comprendido entre el 21 de mayo y el 19 de junio 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 470 de 2.025. Hospital Regional Centro, contra RP N. 610-19-05-2025 *A nombre de: JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE.* *RUBRO: 2.1.2.02.02.09.01.01 CONTRATO PREST. SERV.A. PIC* *VALOR:*	*$2,200.000.oo*
TOTAL	***$2,200.000.oo***

Agradezco la atención.
Cordialmente,

CLAUDIA BELEN JULIO SEPULVEDA
Gerente EHRC.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL CENTRO
N.I.T. : 807,008,824 - 6

DEFINITIVA DE PAGO No 1503

FECHA: 17/07/2025

A FAVOR DE : VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO NIT : 1025141092

COMPROMISO : 1/3 CANCELACION MES JUNIO DE 2025 SEGUN CONTRATO 470 POR CONCEPTO DEPRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILAIR ENFERMERIA DE APOYO PARA LA EJECUCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE GRAMALOTE QUE FORMAN PARTE DE LA RED HOSPITALRIA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO ANEXA SOPORTES

REGISTRO PRESUPUESTAL : 610 DEL 19/05/2025

DOCUMENTO : DSE 2376

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	VALOR
00A-2.4.5.02.09.01.01	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIAL PIC	2,200,000.00
	TOTAL A PAGAR :	2,200,000.00

VIGENCIA : 2025

VALOR : DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

PROYECTO: CORREDOR BLANCO GLADYS YANETH
PRESUPUESTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL CENTRO **Resolucion DIAN no 18764074383174**
Del 4/7/2024 hasta 4/7/2026 Autoriza del 1 Hasta 5000
N.I.T : 807008824
DIRECCIÓN: KDX HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MIRAFLORES
GRAMALOTE NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

DOCUMENTO SOPORTE : DSE-2376
FECHA DOCUMENTO : 17/07/2025

PROVEEDOR: VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO - 1025141092
LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L
CONCEPTO: PAGO 1/4 OPS 470 21-MAYO AL 19-JUNIO/2025 PREST-SERV-AUXILIAR EJECUCION CONCURRENCIA IMPLENTACION
SOPORTE: JUNIO-2025/21-MAYO AL 19-JUNIO

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DÉBITOS	CRÉDITOS
731003.01	Sueldos de Personal		733,333	
731303.01	Sueldos de Personal		733,333	
732003.01	Sueldos de Personal		733,334	
249055.01	Servicios			2,200,000
		TOTALES IGUALES	$ 2,200,000	$ 2,200,000

ELABORADO POR	AUTORIZADO POR	FIRMA Y SELLO
CASTRO LUZ MARINA		C. C. o NIT Nº 1094

CUDS:

BBVA

Informe Detallado del Fichero

05/Aug/25 13:33:48

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
VILORIA MONSALVE JEISON	941732831	2.156.000,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000010251410920
Nombre:	VILORIA MONSALVE JEISON	E-mail:	
Dirección 1:	0	Dirección 2:	
Forma de Pago:	Abono/Cargo cuenta	Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0052 - BANCO AV VILLAS	Cuenta-Tarjeta:	941732831
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	2.156.000,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	PIC 470 JUNIO	Concepto 2:	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE. HOSPITAL REGIONAL CENTRO

NIT 807008824-6

DEBE A:

JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE
CC. 1.025.141.092 DE CUCUTA (N.D.S)

Valor Números

La suma de: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE | **$2.200.000**

Por concepto de:

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO PARA LA EJECUCCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE GRAMALOTE FORMA PARTE DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. Correspondiente al periodo comprendido entre los días del 19 de mayo al 18 de junio del 2025. En cumplimiento del contrato de Prestación de Servicios Nro.: 470 del 2025. Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social de los meses de mayo y junio del 2025.

Fecha: 17 JUL 2025

Firma Jeisonviloria

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

NO.	1/4
FECHA DE EXPEDICIÓN	
17 JUL 2025	
ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO	
NIT: 807.008.824-6 IPS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL BARRIO MIRAFLORES - GRAMALOTE Regimen comun	
Resolucion Documento Soporte N° 18764024573335 del 26/01/2022 Del 1 al 5000	

Apellidos y nombres del beneficiario	Identificación Tributaria (NIT)	Regimen
JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE	1.025.141.092	SIMPLIFICADO
Dirección	**Teléfono**	**Ciudad - Departamento**
MZ 54 CA 19 BRR CASA VERDE NUEVO GRAMALOTE	3142352179	GRAMALOTE (N.D.S)

Por concepto de	Valor	
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO PARA LA EJECUCCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE GRAMALOTE FORMA PARTE DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. Correspondiente al periodo comprendido entre los días Correspondiente del 19 de mayo al 16 de junio del 2025. En cumplimiento del contrato de Prestación de Servicios Nro.: 470 del 2025. Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social de los meses de mayo y junio del 2025.	$	2.200.000
	TOTAL:	2.200.000

Valor en letras: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE

NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA BANCARIA	CTA AHORROS #	941732831
BANCO AV VILLAS	CTA CORRIENTE #	

Firma del beneficiario	Aceptada por:
JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO
NIT 1.025.141.092	NIT 807.008.824-6

	SUPERVISION DE EJECUCION DE CONTRATOS	Código: GJ-FO-02	Gobernación de Norte de Santander
		Versión: 1	
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	Fecha: Enero 2021	
		Pag.: 1	

PAGO No. 1 de 4

Periodo de pago: DEL 19 DE MAYO AL 18 DE JUNIO DEL 2025	Valor a pagar: **$ 2.200.000**

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 470 del 19 de mayo del 2025	Tipo de contrato: **Prestación de Servicios**	
Contratista: **JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE**	CC O NIT 1.025.141.092	
Correo: santiagomonsalve1512@gmail.com	Teléfono: 3142352179	
Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO PARA LA EJECUCCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE GRAMALOTE FORMA PARTE DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. Correspondiente al periodo comprendido entre los días del 19 de mayo al 18 de junio del 2025. En cumplimiento del contrato de Prestación de Servicios Nro.: 470 del 2025. Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social de los meses de mayo y junio del 2025.		
Duración: CUATRO (4) MESES	Fecha Inicio: 21 – 05 – 2025	Fecha Final: 19- 09- 2025
Disp. Presupuestal. No. y fecha: DP 610 DEL 16/05/2025	Registro Presupuestal. No. y fecha: RP 610 DEL 19/05/2025	
Valor del contrato: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 8.800.000)		
Forma de Pago: EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ES POR LA SUMA DE OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($8.800.000) MCTE, LOS CUALES SE PAGARÁN A PARTIR DE SU EJECUCIÓN Y DE LA SIGUIENTE FORMA: EN CUATRO (04) PAGOS AL FINALIZAR CADA MES POR VALOR DE DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000) MCTE.		
Número y tipo de cuenta: 941732831 **Cuenta de Ahorros**	Entidad bancaria: Banco AV VILLAS	

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: YOLIMA BELTRAN SANTANDER	
Cargo: SUBGERENTE CIENTIFICA EHRC	

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	NUEVA EPS	4612055161	18 AL 31 DE MAYO 2025	$60.000
PENSIÓN	PORVENIR	4612055161	18 AL 31 DE MAYO 2025	$76.700
A.R. L	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	4612055161	18 AL 31 DE MAYO 2025	$11.800
SALUD	NUEVA EPS	4612055803	2025-06	$178.000
PENSIÓN	PORVENIR	4612055803	2025-06	$227.800
A.R. L	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	4612055803	2025-06	$34.700

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	**$ 8.800.000**
Valor Adicionales	$ 0
Valor Total del Contrato	**$ 8.800.000**
Valor Pagado	**$ 0**
Valor Cobrado en el presente informe	**$ 2.200.000**

Valor total ejecutado	**$ 2.200.000**
Valor saldo por ejecutar	**$ 6.600.000**

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo **JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE** con cedula de ciudadanía **1.025.141.092** en mi calidad de contratista:

1. Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el informe de cumplimiento.
2. Los documentos de soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión de acuerdo a la normatividad legal vigente, las estampillas correspondientes al valor cobrado.
3. Autorizo el pago en la cuenta bancaria registrada en la presente acta, de acuerdo a los documentos previamente enviados.
4. Soy declarante de Impuesto de Renta: SI ____ **NO** X

CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo **YOLIMA BELTRAN SANTANDER** con cédula de ciudadanía **27.592.607**, en mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de cumplimiento, dentro del período de cobro; los cuales reposan en el expediente del contrato que se encuentra en archivo de la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de conformidad con lo señalado en la ley 100 de 1993 ley 797 de 2003 y art. 41 de la ley 80 de 1993, para lo cual allegó los respectivos recibos de pago del periodo correspondiente, tal como lo exige el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.

Teniendo en cuenta lo anterior autorizo el presente pago, a los 17 días del mes de JUL 2025 2025

SUPERVISOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato designado por esta Secretaría, autorizo el presente pago,

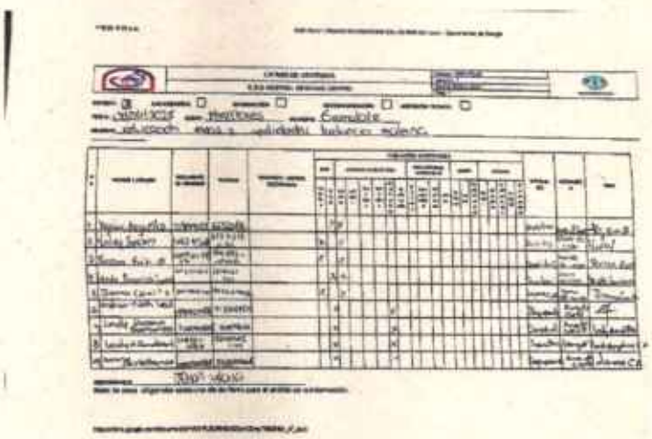
Responsable directo Sede VBo: _____

	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: GJ-FO-01 Versión: 1	Gobernación de Norte de Santander
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	Fecha: Enero 2021 Pag.:1	

Contrato N° 470 del 2025	**Periodo del reporte:** Correspondiente del 19 de mayo al 18 de junio del 2025	**Fecha:** 17 JUL 2025
Nombre del contratista: JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE		**CC:** 1.025.141.092

Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO PARA LA EJECUCCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE GRAMALOTE FORMA PARTE DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. Correspondiente al periodo comprendido entre los días del 19 de mayo al 18 de junio del 2025. En cumplimiento del contrato de Prestación de Servicios Nro.: 470 del 2025. Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social de los meses de mayo y junio del 2025.

Obligaciones del contrato (En esta columna se detallan las obligaciones del contrato)	Actividades realizadas por el contratista (En esta columna el contratista debe indicar detalladamente todas las actividades realizadas en el periodo en cada una de las obligaciones)
Participar en las reuniones y capacitaciones a las que sea invitada.	He asistido de manera activa a todas las reuniones y capacitaciones programadas por la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO.
Guardar reserva sobre la información a la cual pueda tener acceso con ocasión del presente contrato.	He mantenido confidencial toda la información sensible recibida durante el desarrollo del contrato.
Realizar en debida forma todos los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y Pensiones, anexando copia de la planilla única y de la constancia de pago.	Se realizó el pago de los aportes requeridos y entregado los comprobantes correspondientes, a los meses de mayo y junio. 

	
Conformar redes de apoyo sociales y comunitarias para la lactancia materna y alimentación del niño pequeño en cada microterritorio, con un plan de acción concreto.	Se ha trabajado con líderes comunitarios para establecer redes de apoyo, con acciones definidas y cronograma de seguimiento.   Foto N°01. Evidencia fotográfica de la socialización de la temática lactancia materna 03/06/2025/ Aux. Enfermería Jeison Santiago Villoria Monsalve  Foto N°02 Evidencia fotográfica de la socialización de la temática lactancia materna 03/06/2025/ Aux. Enfermería Jeison Santiago Villoria Monsalve

Fortalecer la red de apoyo comunitario con acciones como: fomentar la lactancia exclusiva, alimentación complementaria, frutas, verduras, actividad física y técnicas de lactancia.	He acompañado y reforzado procesos de promoción de la lactancia y alimentación saludable con actividades educativas.   Foto N°01. Evidencia fotográfica de la socialización de la temática lactancia materna 05/06/2025/ Aux. Enfermería Jesson Santiago Vitoria Monsalve Foto N°02. Evidencia fotográfica de la socialización de la temática lactancia materna 05/06/2025/ Aux. Enfermería Jesson Santiago Vitoria Monsalve 

Informar a madres, padres y cuidadores del ámbito rural sobre: extracción y conservación de la leche materna, posiciones correctas de amamantamiento, alimentos autóctonos y alimentación hasta los 2 años.	Se han brindado orientaciones y talleres a cuidadores sobre las temáticas mencionadas en las visitas a hogares. 
Informar sobre buenas prácticas de manipulación de alimentos: preparación, limpieza, uso de agua potable, etiquetado frontal y buenas prácticas de manufactura.	He realizado sesiones educativas en comunidades rurales sobre prácticas seguras de manejo de alimentos. 

<table>
<tr>
<td></td>
<td>




</td>
</tr>
<tr>
<td>Hacer visitas de seguimiento a hogares urbanos, rurales y dispersos para verificar acciones que garanticen la sostenibilidad de la lactancia.</td>
<td>Durante las visitas se ha verificado la continuidad de la lactancia y se ha brindado orientación adicional.
  </td>
</tr>
</table>

Informar sobre mitos en alimentación saludable y lactancia, signos de desnutrición y cuándo acudir a los servicios de salud.	He realizado charlas comunitarias aclarando mitos y compartiendo información sobre signos de alarma en salud nutricional. 
Cumplir con las demás actividades que indique la contratante y que estén relacionadas con el objeto del contrato.	He desarrollado actividades adicionales como apoyo logístico y elaboración de materiales según requerimientos del supervisor. 

CONTRATISTA

SUPERVISOR

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003114992
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			APELLIDOS SANTIAGO VALORIA MONSALVE
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRALOTE	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	MZ 84 CS 19 BRR CASA VIEJA	TELÉFONO:	3208888
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4912655161	TIPO DE PLANILLA:			1-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			980328719

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA		VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 796	$ 0	$ 76.000	$ 796		$ 76.796
SUBTOTALES:										$ 76.000	$ 796		$ 76.796

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 AORES	COTIZACIÓN	VALOR AORES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 59.400	$ 0	$ 996	$ 0	$ 59.400	$ 996	$ 0	$ 60.396
SUBTOTALES:													$ 59.400	$ 996	$ 0	$ 60.396

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0				$ 11.896	$ 11.896	$ 208	$ 0	$ 12.104
SUBTOTALES:										$ 11.896	$ 208	$ 0	$ 12.104

LIQUIDACIÓN TOTAL DE APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030541992
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JOSSIN SANTIAGO VEGARA MUNDIALUF
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRARDOTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	MZ 34 CS 19 BRR CASA VIEJA	TELÉFONO:	3008888
TIPO APORTANTE:	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	4 INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Contrato sí/por mayor de cincuentaenta, escribir por
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		NO
APORTANTE GENERADO PAGO APORTES SALUD, SGRA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4612855893	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/07/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			4612855893

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FRP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.808	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.808	$ 0	$ 227.808
SUBTOTALES:										$ 227.808	$ 0	$ 227.808

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 AORES	COTIZACIÓN	VALOR AORES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.000	$ 0	$ 0	$ 179.000
SUBTOTALES:													$ 179.000	$ 0	$ 0	$ 179.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS PERIODOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.756	$ 34.756	$ 0	$ 0	$ 34.756
SUBTOTALES:									$ 34.756	$ 0	$ 0	$ 34.756

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

[1] Radicado: 01484

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

Fecha: 14-07-2025 10:47:13

Dep. Destino: 310 GESTIÓN DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDA

Serie Documental: 310-15.1

Anexos: Folios: 23

Remite: JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE

Destinatario: MARÍA ELENA LÓPEZ JIMÉNEZ

Banco AV Villas

NIT. 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 941732831

El Banco AV Villas certifica que: **Jeison Santiago Viloria Monsalve** identificado con el documento No. 1025141092, tiene en la oficina CC UNICENTRO CUCUTA (941) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 941732831 desde el 20 de abril de 2024.

Fecha de expedición: 07/07/2025