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

COMPROBANTE DE EGRESO : CE-9859
FECHA DOCUMENTO : 11/12/2025

PAGADO A: VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO - 1025141092

LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L

CONCEPTO: PAGO 6/6 OCTUBRE/2025 S/C OPS 470 ADICION N.1 C.470 AUXILIAR ENFERMERIA APOYO EJECUCION CONCURRENCIA IMPLEMENTACION ESTRATEGIA NUTRICION IPS GRAMALOTE FORMAN PARTE RED HOSPITALRIA ESE HRC

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	DESCUENTO
249055.01	Servicios	DSE 3834	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 3834	2,156,000.00

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

Gramalote, 05 de diciembre de 2.025.

Señora:
GLADYS YANETH CORREDOR BLANCO.
Coordinadora de Presupuesto.

REF: SOLICITUD DEFINITIVA DE PAGO N. 228

Solicitud de Definitiva de Pago

Atentamente solicito a Usted Definitiva de Pago, Contra RP No. 1097 de septiembre 20 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 octubre 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 470 de 2.025. adicional No. 1-2025

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 octubre 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 470 de 2.025. adicional No. 1-2025Hospital Regional Centro, contra RP N. 1097-20-05-2025 *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 3135

FECHA: 11/12/2025

A FAVOR DE : VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO NIT : 1025141092

COMPROMISO : 6/6 CANCELACION MES OCTUBRE/25 SEGUN OPS 470 POR CONCEPTO DE ADICION N.1 C.470 PRESTACION 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 : 1097 DEL 16/09/2025

DOCUMENTO : DSE 3834

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	188,556.00
00B-2.4.5.02.09.01.01	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIAL PIC	2,011,444.00
	TOTAL A PAGAR :	2,200,000.00

VIGENCIA : 2025

VALOR : DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

PROYECTO: CORREDOR BLANCO GLADYS YANETH
PRESUPUESTO

BBVA
Net Cash

Informe Detallado del Fichero

17/Dec/25 08:15:50

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 NOV	Concepto 2:	

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

Resolucion DIAN no 18764074383174
Del 4/7/2024 hasta 4/7/2026 Autoriza del 1 Hasta 5000

DOCUMENTO SOPORTE : DSE-3834
FECHA DOCUMENTO : 10/12/2025

PROVEEDOR: VILORIA MONSALVE JEISON SANTIAGO - 1025141092
LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L
CONCEPTO: PAGO 6/6 OPS 470 OCTUBRE/2025 PREST-SERV-AUXILIAR APOYO EJECUCION CONCURRENCIA IMPLENTACION ESTRATEGIA
SOPORTE: OCTUBRE-2025

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

CUDS:

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 01 al 30 de octubre 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 del mes de octubre del 2025.

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO [1] Radicado: 03012
ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO
Fecha: 04-12-2025 08:33:51
Dep. Destino: 310 - GESTION DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDA
Serie Documental: 310-15.1
Anexos: Folios: 24
Remite: JEISON SANTIAGO VILORIA MONSALVE
Destinatario: MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ

Fecha: 11 DIC 2025

Firma Jeison Viloria

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

	NO. 6/6
	FECHA DE EXPEDICIÓN 11 DIC 2025
	11 DIC 2025 11 DIC 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 dias del 01 al 30 de octubre 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 del mes de octubre 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 #**	

Jeison Viloria	
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. 6 de 6

Periodo de pago: DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE 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 01 al 30 de octubre 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 del mes de octubre del 2025.		
Duración: CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS	Fecha Inicio: 21 – 05 – 2025	Fecha Final: 30- 10- 2025
Disp. Presupuestal. No. y fecha: DP 610 DEL 16/05/2025 DP 1097 DEL 16/09/2025	Registro Presupuestal. No. y fecha: RP 610 DEL 19/05/2025 RP 1097 DEL 16/09/2025	
Valor del contrato: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 8.800.000)	ADICIONAL: TRES MILLONES SIETE MIL PESOS ($3.007.000)	
Forma de Pago: EN CUATRO (04) PAGOS AL FINALIZAR CADA MES POR VALOR DE DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000) MCTE. EL VALOR ADICIONAL SE PAGARÁ DE LA SIGUIENTE FORMA: UN (01) PRIMER PAGO CORRESPONDIENTE A LA FRACCIÓN DEL MES DE SEPTIEMBRE POR VALOR DE OCHOCIENTOS SIETE MIL PESOS ($ 807.000) MCTE, Y UN (01) MAS PAGO MENSUALIDAD VENCIDA 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	4624104591	2025-10	$178.000
PENSIÓN	PORVENIR	4624104591	2025-10	$227.800
A.R. L	POSITIVA	4624104591	2025-10	$34.700

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	**$ 8.800.000**
Valor Adicionales	**$ 3.007.000**
Valor Total del Contrato	**$ 11.807.000**
Valor Pagado	**$ 9.607.000**
Valor Cobrado en el presente informe	**$ 2.200.000**
Valor total ejecutado	**$ 11.807.000**
Valor saldo por ejecutar	**$ 0**

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

Jeison Viloria

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 días del mes de 2025

11 DIC 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 01 al 30 de octubre del 2025	**Fecha:** 11 DIC 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 01 al 30 de octubre 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 del mes de octubre 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)
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 el comprobante correspondiente al mes de septiembre.
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.
Fortalecer la red de apoyo comunitario con acciones	He acompañado y reforzado procesos de promoción de la lactancia y alimentación saludable con actividades

como: fomentar la lactancia exclusiva, alimentación complementaria, frutas, verduras, actividad física y técnicas de lactancia.	educativas.
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.
Hacer visitas de seguimiento a hogares urbanos, rurales y dispersos para verificar acciones que garanticen la sostenibilidad de la lactancia.	Durante las visitas se ha verificado la continuidad de la lactancia y se ha brindado orientación adicional.
Informar sobre mitos en alimentación saludable y lactancia, signos de desnutrición y cuándo acudir a los servicios de	He realizado charlas comunitarias aclarando mitos y compartiendo información sobre signos de alarma en salud nutricional.

salud.	
Cumplir con las demás actividades que indique la contratante y que estén relacionadas con el objeto del contrato.	Se han desarrollado actividades adicionales como apoyo logístico y elaboración de materiales según requerimientos de nuestra coordinadora.

Evidencias Fotográficas

















Jeison Ulloa
CONTRATISTA

SUPERVISOR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

NICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1005141082
AZÓN SOCIAL:			JOSBON SANTIAGO VILORIA MONSALVE
CIPIO:	GIRARLOTE	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
	MZ 3a CS 16 BRR CASA VISRSA	TELÉFONO:	9999999
ANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
SA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadoras, equipo per
RESENTACIÓN:	ÚNICO		
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4824184591	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	octubre AÑO: 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	octubre AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				8694400593

TOTAL APORTES A PENSIÓN

NO	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
	23301-PORVENIR	1	$ 227.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.300	$ 0	$ 227.300
										$ 227.300	$ 0	$ 227.300

TOTAL APORTES A SALUD

NO	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 APRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR APRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
	RUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 176.000
													$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 176.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

NO	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
	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
									$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: #	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RETORNO TRIBUTARIA	NOVEDADES: IRG	SLN	IGE	LMA	VAC	SUS	INS	RET	VST	VSP	VAC	EPP	VCT	AVP
	1-ELIAN MONSALVE-JABIN SANTIAGO	3-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500			NO														

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
23301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.300

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR APRES	TOTAL APORTE
NUEVA EPS CM	30	$ 1.423.500	$ 176.000	$ 0	$ 176.000

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	61021-61024	$ 34.700

DÍAS COT	IBC	PARAFISCALES: ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 440.500

Planilla Pagada

LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PUBLICA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

HACE CONSTAR

Que de acuerdo al contrato de prestación de servicios No 470 de fecha 21/05/2025, se recibe a satisfacción las actividades de **Jeison Santiago Viloria Monsalve**, con cedula de ciudadanía No. 1025141092, quien desarrolló a cabalidad y con un cumplimiento de ejecución del 100%, las acciones contempladas en el contrato referido, actuando como auxiliar de apoyo salud pública de la ESE Hospital Regional Centro.

Se expide la presente, a los 31 días del mes de octubre de 2025, como soporte para el pago 5 de 5

PATRICIA YURLEY MEZA RINCON
Líder Salud Pública E.S.E