RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1000565646	0	ALEJANDRA CADAVID MONSALVE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
5-660	CRA 20 25 12		3232871914			CADAVIDMONSALVEALEJANDRA@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-09	2026-09	8643061224	I	2026-09-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	361.300	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8636118098	2026-10-13	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1000565646	CADAVID MONSALVE ALEJANDRA	1.750.905		X															0			20	20	0	20	PORVENIR-230301	1.167.270	186.800	0	0	SAVIA SALUD-EPS040	1.167.270	146.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.167.270	28.500	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	361.300	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1000565646	0	ALEJANDRA CADAVID MONSALVE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
5-660	CRA 20 25 12		3232871914			CADAVIDMONSALVEALEJANDRA@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-09	2026-09	8643061224	I	2026-09-28	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	361.300	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8636118098	2026-10-13	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.167.270	1.167.270	1.167.270	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	186.800	0	0	0	186.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	186.800	0	0	0	186.800
EPS(Administradoras: 1)				1	146.000	0	0	0	146.000
SAVIA SALUD	EPS040	900604350	0	1	146.000	0	0	0	146.000
ARP(Administradoras: 1)				1	28.500	0	0	0	28.500
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	28.500	0	0	0	28.500
Gran Total					361.300	0	0	0	361.300

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS Nit: 890.982.091-2			
COMPROBANTE DE EGRESO:	OP 19262	Fecha:	Sep.30/2026

2026 09 30 *****1,980,000.**

**CADAVID MONSALVE ALEJANDRA

****** UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/L.**********

Proveedor:	CADAVID MONSALVE ALEJANDRA	Nit/CC:	1.000.565.646
		Vr Pagado:	**1,980,000.**
Cta. Banco:	07 -02358199901	Cheque:	722
		Vr Cheque:	1,980,000.
Vr Letras:	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/L.		
Observaciones:	APOYO A L A GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DE LA E-S-E SAN LUIS		

VALORES

Vr. Bruto:	2,000,000.	Vr. Iva:	0.
Vr. Retención:	0.	Vr.Rete-Iva:	0.
RETENCION IC	20,000.		0.
	0.		0.
	0.		0.
N-Crédito:	0.	Vr.Descuento:	0.
		Vr.NETO:	1,980,000.

RELACION FACTURAS

Factura	Vr.Cancel	Fecha	Factura	Vr.Cancel	Fecha
FP 5	1,980,000.00	2026/09/25			

IMPUTACION CONTABLE

Cuenta	Nit	Centro de Costos	Debito	Credito
1 1 10 06 11			0.00	1,980,000.00
2 4 90 54 02	1,000,565,646		1,980,000.00	0.00

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Vigencia	Unid Eje	Rubro	Valor
2026	3232	2.1.2.02.02.009.02.01	2,000,000.00
		Total:	2,000,000.00

FIRMA GERENTE

FIRMA SUBDIRECCION

CADAVID MONSALVE ALEJANDRA
Firma y Sello Beneficiario

Elaboro:LIS Imprime: LIS
Fecha Sistema:30/09/2026
Hora:9:21:01

SL

DIA	MES	AÑO
25	09	2026

CUENTA DE COBRO

LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS CON

NIT 890.982.091

DEBE A:

Alejandra Cadavid Monsalve
CC: 1000565646

CONTRATO: 360-2026

EL VALOR DE:
DOS MILLONES PESOS M/C
($2'000.000)

AUTORIZO A PAGAR POR BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS
 # 32577351162

POR CONCEPTO DE:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS ANTIOQUIA
DESDE EL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026 HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Alejandra cadavid Monsalve
Alejandra Cadavid Monsalve
CC 1000565646

ESE SAN RAFAEL
Anexos 7

COMUNICACION OFICIAL RECIBIDA
HSR-COR-04125
Remitente: Alejandra Cadavid Monsalve
Pasa A: Contabilidad

Radica: YENI MARIN
25/09/2026 8:27:46

19262

E.S.E Hospital San Rafael San Luis - Antioquia ¡Comprometidos con usted!	**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL** **Informe de Actividades** **Fecha: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026**

Nombre del contratista : ALEJANDRA CADAVID MONSALVE	**NIT/C.C** 1000565646

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 360-2026	**Año del CONTRATO** 2026	**Vigencia desde hasta** 11-09-2026 A 30-10-2026

Objeto del CONTRATO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS, REALIZANDO ACTIVIDADES DE APOYO EN LAS AREAS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, LINEAMIENTOS DE CALIDAD Y DIRECTRICES IMPARTADAS POR LA ENTIDAD, CONTRIBUYENDO A LA ADECUADA ATENCION INTEGRAL, OPORTUNA Y SEGURA DE LOS PACIENTES.

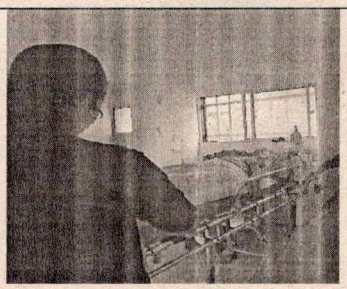
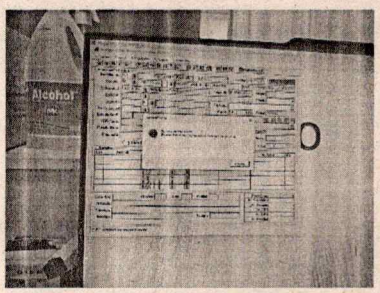
Período de Informe y de la certificación de pago correspondiente al mes de**: SEPTIEMBRE**

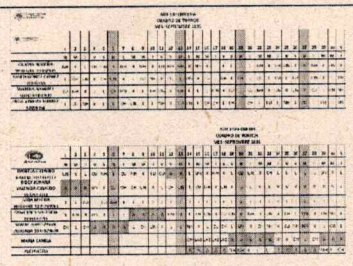
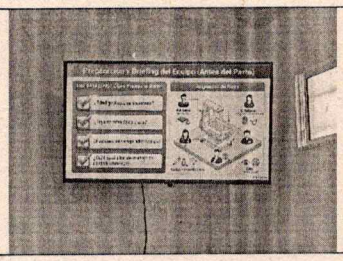
Nombre Interventor y Cargo: YULIETH PAOLA HOYOS -subdirectora Administrativa

Actividades desarrolladas durante el periodo (mes): **SEPTIEMBRE**

INFORME DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE

ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA
1. Brindar apoyo asistencial como auxiliar de enfermería en las áreas de urgencias y hospitalización de acuerdo con las necesidades del servicio	Brindé apoyo asistencial como auxiliar de enfermería en las áreas de urgencias y hospitalización, atendiendo las necesidades del servicio mediante la atención directa a los pacientes, ejecución de procedimientos básicos de enfermería, administración de medicamentos según indicación médica, toma de signos vitales, diligenciamiento de registros asistenciales y apoyo al equipo de salud, garantizando una atención oportuna y segura.	 

2. Ejecutar actividades básicas de enfermería conforme a los protocolos, guías y procedimientos establecidos por la institución.	Ejecuté actividades básicas de enfermería conforme a los protocolos, guías y procedimientos establecidos por la institución, garantizando una atención segura y de calidad mediante la aplicación de buenas prácticas asistenciales y el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	
3. Realizar toma y registro de signos vitales, administración de medicamentos y demás procedimientos autorizados	Realicé la toma y el registro de signos vitales, administré medicamentos y ejecuté los procedimientos autorizados bajo la supervisión del profesional cumpliendo las indicaciones médicas y los protocolos institucionales.	
4. Apoyar en la recepción, atención, traslado y cuidado integral de los pacientes en los diferentes servicios asignados.	Apoyé en la recepción, atención, traslado y cuidado integral de los pacientes en los diferentes servicios asignados, garantizando una atención oportuna, segura y humanizada de acuerdo con las necesidades institucionales.	
5. Garantizar el diligenciamiento oportuno, claro y completo de los registros clínicos y formatos institucionales correspondientes	Realicé el diligenciamiento oportuno, claro y completo de los registros clínicos y formatos institucionales, garantizando la calidad, veracidad y trazabilidad de la información conforme a los lineamientos establecidos por la institución.	
6. Velar por el adecuado manejo y conservación de los equipos, insumos y elementos asignados para la prestación del servicio.	Velé por el adecuado manejo, uso y conservación de los equipos, insumos y elementos asignados para la prestación del servicio, promoviendo su correcta utilización y el cumplimiento de las normas institucionales.	
7. Cumplir con las normas de bioseguridad, seguridad del paciente, gestión documental y demás políticas institucionales vigentes.	Cumplí con las normas de bioseguridad, seguridad del paciente, gestión documental y demás políticas institucionales vigentes, contribuyendo a la prestación de un servicio seguro, eficiente y de calidad.	

8. Informar oportunamente cualquier novedad, evento adverso o situación que pueda afectar la adecuada prestación del servicio.	Informé oportunamente cualquier novedad, evento adverso o situación que pudiera afectar la adecuada prestación del servicio, contribuyendo a la seguridad del paciente y al mejoramiento continuo de la atención.	
9. Mantener absoluta confidencialidad sobre la información clínica y administrativa conocida en desarrollo de sus actividades.	Mantuve absoluta confidencialidad sobre la información clínica y administrativa conocida durante el desarrollo de mis actividades, actuando conforme a los principios éticos, la normativa vigente y las políticas institucionales de protección de la información.	
10. Cumplir los horarios, turnos y programación establecidos por la supervisión del contrato y las necesidades del servicio.	Cumplí los horarios, turnos y la programación establecida por la supervisión del contrato, atendiendo oportunamente las necesidades del servicio y garantizando la continuidad de la atención asistencial.	
11. Participar en las capacitaciones, jornadas institucionales y actividades de mejoramiento continuo programadas por la entidad.	Participar en las capacitaciones, jornadas institucionales y actividades de mejoramiento continuo programadas por la entidad	

Alejandra Cadavid

Firma contratista

Firma Coordinador

Firma supervisor y/o interventor

ACTA DE SUPERVISIÓN

EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS
NIT: 890982091-2

CERTIFICA

Que, el contratista **Alejandra Cadavid Monsalve** con C.C **1000565646**, cumplió a satisfacción con las actividades contempladas en el contrato **360 -2026** con compromiso presupuestal **782-2026** durante el periodo comprendido del 11 de septiembre del 2026 al 30 de septiembre del año 2026.

Se verificó que el contratista se encuentra a paz y salvo respecto a las obligaciones del pago de seguridad social ARL y pensiones

YULIETH PAOLA HOYOS LIEVANO
Subdirector Administrativo y Financiero

Dada en San Luis, a los 25 días del mes de septiembre de 2026.

Gerencia@hospitaldesanluis.gov.co
E.S.E Hospital San Rafael San Luis - Antioquia
Celular: 3104957075 - **Teléfono** (604) 5906956
Dirección física y correspondencia: **Carrera 19 #17-63,**
Municipio de San Luis, Antioquia

E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
SAN LUIS - ANTIOQUIA
NIT: 890.982.091-2

ACTA DE INTERVENTORÍA

EL SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE :

FECHA DE INFORME:	DIA :	25	MES:	09	AÑO:	2026
1. El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en el (la):						
CONTRATO No	360-2026		FACTURA No		1	
CONTRATISTA:	Alejandra Cadavid Monsalve					
IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	NIT :	890982091-2	C.C :	X	Nº	1000565646
Contratista persona natural	X	Contratista persona jurídica		-	Registro presupuestal	782
2. OBJETO:	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS, REALIZANDO ACTIVIDADES DE APOYO EN LAS AREAS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION, CONFORME A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, LINEAMIENTOS DE CALIDAD Y DIRECTRICES IMPARTADAS POR LA ENTIDAD, CONTRIBUYENDO A LA ADECUADA ATENCION INTEGRAL, OPORTUNA Y SEGURA DE LOS PACIENTES.						
3. PLAZO DE EJECUCIÓN:	UN (01) MES Y VEINTE (20) DIAS					
4. VALOR INICIAL DEL CONTRATO / OPS	5,000.000					
5. ADICION:						
6. VALOR TOTAL DEL CONTRATO / OPS:	5,000.000					
El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales.	SI	X				
	NO					
8. OBSERVACIONES:						
9. VALOR DE AVANCE:	2,000,000	PAGO CORRESPONDIENTE:	PRIMERO			
Valor del contrato / OPS	5,000,000					

Pago Nº	Fecha	Comprobante No	Valores Pagados	Saldo
1	25/09/2026		2,000,000	3.000.000
			0.0	
VALOR DE PAGOS TOTALES				2,000,000
Valor Avances:				2,000,000
Valor autorizado para este pago:				2,000,000
Saldo sin ejecutar:				3.000.000
Porcentaje de Ejecución:				50%

YULIETH PATIÑO

VoBo- SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

¡Comprometidos con usted!

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Empresa Social Del Es. Hosp.san Rafael - Nit: 890982091
Jueves, 01 de octubre de 2026, 1:29:43 p.m.

Número del registro
1

Nombre del destinatario
Alejandra Cadavid

Producto destino
32577351162

Banco
Bancolombia

Estado del pago
Exitoso

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

Fecha de aplicación
30 Sept 2026

Identificación destinatario
1000565646

Tipo de producto
Ahorros

Valor
COP $ 1.980.000,00

Código
OKA

Referencia
--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 51.194.199.247

E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL
SAN LUIS - ANTIOQUIA
NIT: 890.982.091-2

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS

SAN LUIS-ANTIOQUIA
NIT: 890.982.091-2

OBLIGACION PRESUPUESTAL No. EOB 1961

FACTURA PROVEEDORES No. FP 5 Fecha: **Sep.25/2026**

Señor(es): **CADAVID MONSALVE ALEJANDRA**

Nit: **1.000.565.646-3** Valor: **1,980,000.00**

Dirección: **CR 20 21-75 P2 CALLE LA ESPERANZA, 05660**

Concepto: **APOYO A L A GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS DE LA E-S-E SAN LUIS**

VALORES DOCUMENTO			
Vr. Exento:	2,000,000.00	**Vr. Gravado:**	
Vr. IVA:		**Vr. Retención:**	
Vr. RetelVA:		**Vr. Timbre:**	
Vr. Estampilla:	20,000.00	**Vr. Dscto.Gravado:**	
Vr.Dscto.Exento:		**Vr. Neto:**	1,980,000.00
Son: **UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/L.#**			

IMPUTACION PRESUPUESTAL

CODIGO RUBRO	NOMBRE RUBRO	COMP.	DISP.	VALOR
21202020090201	Servicios Personales (Personal Asistencial)	C26782	D26782	2,000,000.00

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA	NOMBRE	DEBITO	CREDITO
24905402	SERVICIOS POR PAGAR		1,980,000.00
24362701	RETENCION IMTO DE IND Y CCIO POR COMP		20,000.00
24072205	ESTAMPILLA PRO CULTURA		
24072203	ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR		
73010310	REMUNERACION POR SERVICIOS TÉCNICOS	2,000,000.00	

FIRMA GERENTE