ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN FRANCISCO Nit: 800.133.887-9			
COMPROBANTE DE EGRESO:	OP 7368	Fecha:	Sep.11/2026

2026 09 11 *****1,188,000.**

**CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA

****** UN MILLON CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/L.**********

Proveedor:	CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA	Nit/CC:	1.040.260.069
		Vr Pagado:	**1,188,000.**
No Fact.:	2687		
Fecha Fact.:	Sep.08/2026		
Fact.Ref:			
Cta. Banco:	07 -014298382-08	Cheque:	1415532
		Vr Cheque:	1,188,000.
Vr Letras:	UN MILLON CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/L.		
Observaciones:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DE SAN FRANCISCO. DEL 20 DE AGOSTO AL 08 DE SEPTIEMBRE.		

VALORES

Vr. Bruto:	1,200,000.	Vr. Iva:	0.
Vr. Retención:	12,000.	Vr.Rete-Iva:	0.
EST. PRO HOS	12,000.		0.
	0.		0.
	0.		0.
N-Crédito:	0.	Vr.Descuento:	0.
		Vr.NETO:	1,188,000.

IMPUTACION CONTABLE

Cuenta	Nit	Centro De Costos	Valor
1 1 10 05 02			1,188,000.00
2 4 01 01 01	1,040,260,069		1,188,000.00

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Vigencia	Unid Eje	Rubro	Valor
2026	3232	2.1.2.02.02.009.902	1,200,000.00
		Total:	1,200,000.00

JOSE DAVID CORDOBA
Gerente (E)

ADRIANA MARCELA DAZA MARIN
Subdirector Administrativo y Financiero

CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA
Firma y Sello Beneficiario

Elaboro:ANGI Imprime: ANGI
Fecha Sistema:29/09/2026
Hora:17:05:03

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS SAN F
NIT 800.133.887
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA – REGIMEN SIMPLIFICADO
Resolución DIAN 18764002920018 del 24 de agosto de 2020

Comprobante: 04 2687 **Fecha Comprobante:** Sep.08/2026
Prefijo: DCNF **Numero:** 2687 **Fecha Actual:** Sep.11/2026 **Hora:** 12:06
Concepto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DE SAN FRANCISCO. DEL 20 DE AGOSTO AL 08 DE SEPTIEMBRE.

VALORES DOCUMENTO		
SUBTOTAL:		1,200,000.00
VR. RETENCIÓN:	15	12,000.00
VR. OTRAS DED:		
VR. ICA:		
VR. NETO:		1,188,000.00
SON: UN MILLON CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/L.		

IMPUTACION PRESUPUESTAL				
CODIGO RUBRO	NOMBRE RUBRO	COMP.	DISP.	VALOR
212020200902	SERVICIOS PERSONALES (PERSONAL ASI	C26341	D26341	1,200,000.00

CONTABILIZACIÓN						
CUENTA	DESCRIPCION	NIT	NOMBRE	C.COSTO	VR. DEBITO	VR. CREDITO
24010101	BIENES Y SERVICIOS	1,040,260,069	CIRO CASTAÑO ELIANA CRIST			1,188,000.00
73010201	GENERALES	1,040,260,069	CIRO CASTAÑO ELIANA CRIST		1,200,000.00	
24072201	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	1,040,260,069	CIRO CASTAÑO ELIANA CRIST			12,000.00
				TOTAL	1,200,000.00	1,200,000.00

Elaborado Por

Autorizado

Revisado

NOMBRE: ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO
Dirección: BARRIO LAS LOMAS
Cel. 3218880645
Documento Equivalente a Factura (Art. 3 Dcto 522 de Marzo 7 de 2003)

CUENTA DE COBRO
Nº 1

San Francisco, 08 de septiembre 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA
Nit: 800.133.887-9

DEBE A:

Eliana Cristina Ciro Castaño
C.C. 1040260069

(No responsable del IVA – Régimen Simplificado)

La suma de UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS M/L. ($1.200.000), por concepto prestación de servicios a través del contrato número HSFA094-2026, cuyo objeto es PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE ATENCION EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DE SAN FRANCISCO actividades realizadas desde el 20 de agosto al 08 de septiembre de 2026

Por favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia: 912-908259-84

Eliana Ciro.

ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO
C.C. 1040260069

Nº RADICACION 225
FECHA RECIBO 8-9-2026
Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS SAN FRANCISCO - ANTIOQUIA	ACTA DE SUPERVISION Y/O INTERVENTORIA DE PAGO N° 1	CODIGO	
		VERSIO	02
		FECHA	10/02/2016
		PAGINA	1 de 1

CONTRATO	N° HSFA 094-2026	
VALOR TOTAL	$ 1,200,000.00	
CONTRATISTA	ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO	
DOCUMENTO	1,040,260,069	3218880645
CONTRATANTE	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS	NIT: 800133887-9

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE ATENCION EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DE SAN FRANCISCO

PLAZO:	20 dias	**Disponibilidad Presupuestal:**	341
FECHA INICIACIÓN:	20 de agosto del 2026	**Registro Presupuestal:**	341
FECHA TERMINACIÓN:	08 de septiembre del 2026	**Rubro Presupuestal:**	212020200902

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENTORÍA

ACTIVIDAD	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse y en general se obliga a cumplir con lo establecido en el Manual Interno de Contratación de la ESE Hospital de San Francisco de Asís. 2. Suscribir el Acta de Inicio, Acta de Liquidación del Contrato y las modificaciones a las que hubiera lugar.3. Realizar los actos necesarios y tomar las medidas conducentes para el debido y oportuno	10%	Se cumple a cabalidad con las actividades contempladas en el objeto contractual

VERIFICACIÓN:

DOCUMENTO	ANEXA
Seguridad Social	Si
Cuenta de Cobro	SI
Informe Actividad	Si
Certificado Supervision	Si

	VALOR	COMP. PAGO	FECHA
ACTA PAGO No. 1	1,200,000		20 de agosto hasta el 08 de septimebre del 2026
ACTA PAGO No. 2			
ACTA PAGO No. 3			
ACTA PAGO No. 4			
ACTA PAGO No. 5			
ACTA PAGO No. 6			
	$	%	
VALOR TOTAL	1,200,000	100%	
VALOR A CANCELAR	1,200,000	100%	
VALOR EJECUTADO	1,200,000	100%	
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	-	0%	

Diana paola Ruiz

SUPERVISION **JEFE DE ENFERMERIA** APOYO A LA INTERVENTORIA

FECHA EXPEDICIÓN	08/09/2026
COMPROBANTE DE PAGO	
FECHA RENDICIÓN CGA	

N° de Contrato: HSFA094-2026
Fecha del Contrato: 20 de agosto hasta el 08 de septiembre 2026

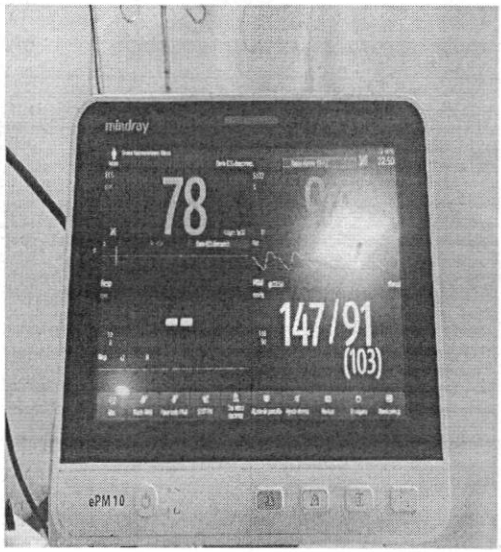
Contratista: ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO	**NIT/CC:** 1040260069

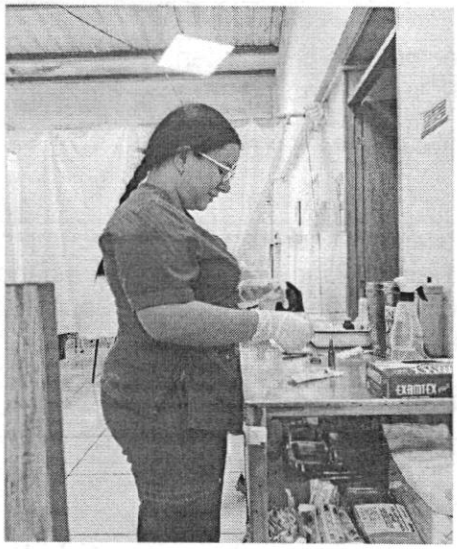
Objeto del Contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL PROCESO DE ATENCION EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DE SAN FRANCISCO

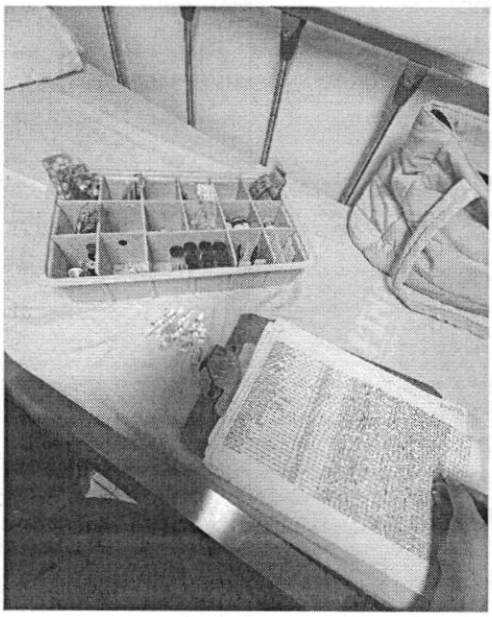
Periodo a Informar DEL 20 DE AGOSTO AL 8 DE OCTUBRE DEL 2026			
Actividad 1: ATENCION AL USUARIO			
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se realiza atención adecuada, brindando la información correcta sobre el servicio y los demás que hacen parte de la institución, se verifica usuarios para corroborar la IPS de atención, se de educación de cómo funciona cada espacio, y también se realiza con precaución la correcta facturación.		
Actividad 2: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS			
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se realiza administración de medicamentos, verificando el usuario, teniendo en cuenta las técnicas asépticas y previo consentimiento de los usuarios, también cumpliendo los 10 correctos, verificando alergias, teniendo en cuenta los motivos de consulta, tomando signos vitales de cada uno, y brindando una mejor atención.		
Actividad 3:	**EMPAQUE DE EQUIPOS**		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	En cada turno si se presenta una sutura o una onicectomia, se realiza el respectivo lavado y secado de los equipos, realizando el correcto empaque y rotulando cada equipo con lote, fecha en la cual se		

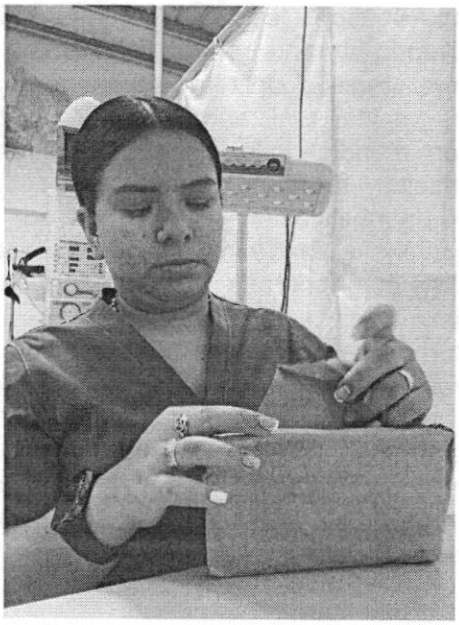
	esterilizó y fecha de vencimiento		
Actividad 5:	**CUADRO DE TURNO**		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se cumple correctamente con el turno correspondiente, llegando con tiempo, y entregando servicio limpio, en los corridos realizando el respectivo conteo de stock, enviando los correos a las diferentes eps y entregando los códigos a facturación, se realiza cambio de sabanas para entregar el servicio limpio, los equipos en buen funcionamiento.		
Actividad 6:	PROCEDIMIENTOS		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se verifica orden medica del usuario que ingresa al servicio de procedimiento, para ejecutar la orden, los martes y los jueves con los EKG de 9:30 a 11:00 am, cumpliendo con los elementos de bioseguridad respetando el espacio y con la intimidad de cada usuario, con previo consentimiento se realiza el procedimiento. Lavado de oídos, se verifica orden, en que oído y con elementos de bioseguridad y con los elementos correspondientes se realiza el procedimiento se realizan, se cumplen todos los procedimientos y se facturan, se realiza su respectiva nota.		
Actividad 7:	**ORDENES MEDICAS**		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se pasa a cada usuario se toman signos vitales y se comenta con medico de turno, acatando cada orden emitida, cumpliendo con la adecuada administración de diferentes fármacos, cuando son suturas se realiza curación de la herida y se prepara los insumos necesarios para que el medico realice el procedimiento, con guantes estériles, lidocaína, equipo de sutura y gasas, finalizando con curación y acatando las ordenes siguientes. Cumpliendo		

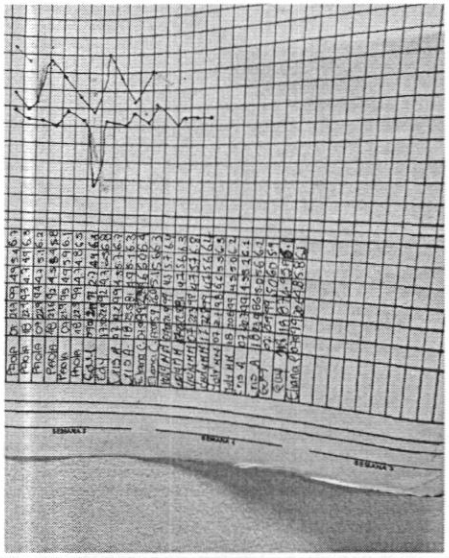
	correctamente cada orden.		
Actividad 8:	DISPONIBILIDAD		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Verificando cuadro de turno, se cumple con la disponibilidad en los días asignados, estando atenta al llamado, y dispuesta para cumplir con el turno.		
Actividad 9:	TURNOS		
Fecha y Lugar	**Acciones para lograr la actividad**	**N° de Personas o procesos Intervenidos**	**Evidencia**
Del 20 de agosto al 08 de septiembre 2026	Se cumplen con los turnos asignados corridos desde las 7:00 a las 19:00 cumpliendo durante el día el cambio de sabanas, registro de temperatura tomando signos vitales, realizando monitoreo de la presión, atendiendo los usuarios que vienen a consultar, realizando conteo entregando fichas de notificación en caso de que los haya a la jefe, dando información correcta a las otras compañeras y entregando servicio limpio. Los turnos de noche de 19:00 a las 07:00, se presta el servicio para cada usuario que ingrese, se realiza esterilización de equipos empacando gasas, verificando que los insumos estén ubicados y que hayan para el uso, se envían los correos correspondientes.		

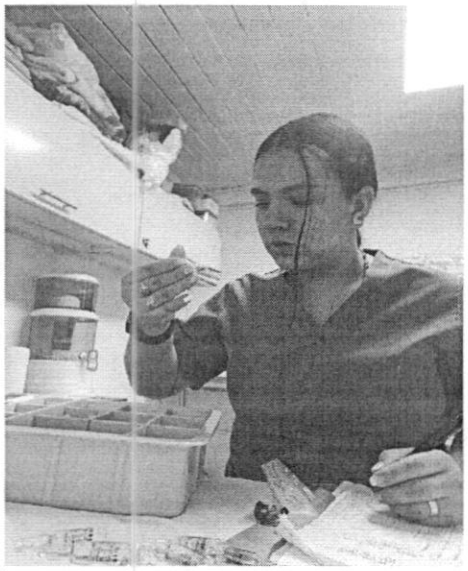

mindray
78
147/91
(103)
ePM10

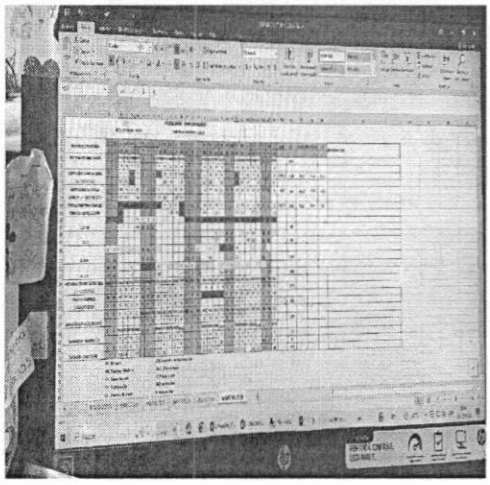


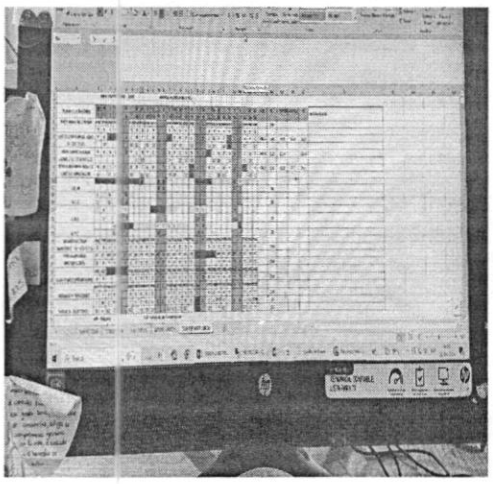












Eliana Ciro.

Firma del Contratista

Diana Paola Cuartas

Firma del Supervisor y/o Interventor

San Francisco, 08 de septiembre de 2026

Señores
ESE Hospital San Francisco de Asís

Referencia: Certificación Rentas de trabajo que no proviene de una relación laboral.

Yo, ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto 2231 de 2023 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información que suministro a continuación es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas, para aplicar la depuración de la base gravable y la tarifa de retención en la fuente correspondiente a mis ingresos:

Concepto	Responda	
	SI	NO
Manifiesto a la ESE Hospital San Francisco de Asís de San Francisco como mi agente retenedor, que NO usare costos en mi declaración de renta, para que me sea aplicada la Retención en la Fuente de la tabla 383.	X	

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, para efectos de disminuir la base gravable a la que se aplicara la retención en la fuente, anexar los respectivos soportes según aplique:

Soportes	Responda	
	Aplica	No aplica
A) Relación de dependientes para deducción de la base de retención.		x
B) Certificado de cuentas de ahorro para el Fomento de la Construcción- AFC y Autorizo descuento mensual para depositar dicha cuenta.		x
C) Certificación del pago de las pólizas de salud.		x
D) Certificación del pago por intereses por Crédito de Vivienda.		x
En caso de que la información anterior cambie, me comprometo a informar oportunamente.		

Eliana Ciro.

ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO
C.C. 1040260069

San Francisco, 08 de septiembre de 2025

Señores
ESE Hospital San Francisco de Asís

Referencia: Certificación Rentas de trabajo que no proviene de una relación laboral.

Yo, ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el Decreto 2231 de 2023 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información que suministro a continuación es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas, para aplicar la depuración de la base gravable y la tarifa de retención en la fuente correspondiente a mis ingresos:

Concepto	Responda	
	SI	NO
Manifiesto a la ESE Hospital San Francisco de Asís de San Francisco como mi agente retenedor, que NO usare costos en mi declaración de renta, para que me sea aplicada la Retención en la Fuente de la tabla 383.	X	

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, para efectos de disminuir la base gravable a la que se aplicara la retención en la fuente, anexar los respectivos soportes según aplique:

Soportes	Responda	
	Aplica	No aplica
A) Relación de dependientes para deducción de la base de retención.		x
B) Certificado de cuentas de ahorro para el Fomento de la Construcción- AFC y Autorizo descuento mensual para depositar dicha cuenta.		x
C) Certificación del pago de las pólizas de salud.		x
D) Certificación del pago por intereses por Crédito de Vivienda.		x
En caso de que la información anterior cambie, me comprometo a informar oportunamente.		

ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑO
C.C. 1040260069

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS
NIT 800.133.887-9
DEL 5 DE AGOSTO AL 5 DE SEPTIEMBRE 2026

RETENCION EN LA FUENTE PROCEDIMIENTO 1

Empleado y/o asimilado: ELIANA CRISTINA CIRO CASTAÑEDA CC 1040260069

UVT 2026	$ 52,374

RETENCIÓN RENTAS DE TRABAJO		
Salario (Excluir prima de servicios procedimiento 1 y cesantias)		
Horas extras, dominicales y festivas		
Gastos de representación		
Vacaciones		
Prima de Vacaciones		
Bonificación por Recreación		
Prima de Navidad		
Prima de Servicios		
Bonificación por servicios prestados		
Honorarios		
Servicios	$	1,200,000
Ingresos laborales	**$**	**1,200,000**

INGRESOS NO CONSTITUTIVOS DE RENTA		
1. Aportes obligatorios a Pension. (Art. 55 Estatuto Tributario)	$	112,100
2. Aportes obligatorios a Fondo solidaridad Pensional.		
3. Aportes obligatorios a salud. (Art. 56 Estatuto Tributario)	$	87,600
4. Aportes voluntarios a fondo de Pensiones obligatorias. (Art. 55 no debe exceder el 25% del ingreso, limitado a 2,500 UVT 130,935,000 al año)		
5. Otros ingresos no constitutivos de renta. (Apoyos economicos otorgados estado o con recursos publicos 46 Et, Remuneración por Actividades cientificas y tecnologicas Art. 57-2, Pagos por alimentacion a terceros Art. 387-1 Etc)		
Total Ingresos no constitutivos	$	199,700
Subtotal 1	**$**	**1,000,000**

DEDUCCIONES			
1. Pago intereses de vivienda o Costo Financiero Leasing Habitacional. *Limite maximo 100 UVT Mensuales ($5.237.400) Dcto 1625 de 2016 Art. 1.2.4.1.23*	$	-	
2. Pagos por dependientes. *No puede Exceder 32 Uvt Mensuales. $1.675.968*	$	-	NO
3. Pagos Por Salud medicina prepagada. *No puede Exceder 16 Uvt Mensuales. 837.984*	$	-	
Total Deduciones	**$**	-	
Subtotal 2	**$**	**1,000,000**	

RENTAS EXENTAS		
a. Aportes a Fondo de pensiones voluntarias (Art 126 - 1 E.T.) *La Sumatoria de los beneficios a (Aportes voluntarios) y b (Aportes AFC), no pueden exceder del 30% del ingreso laboral o tributario del año y hasta un maximo de 3.800 Uvt por año. (199.021.200) Art. 126-1 E.T.*	$	-
b. Aportes a cuentas AFC (Art 126 - 4 E.T.) *La Sumatoria de los beneficios a (Aportes voluntarios) y b (Aportes AFC), no pueden exceder del 30% del ingreso laboral o tributario del año y hasta un maximo de 3.800 Uvt por año. (199.021.200) Art. 126-4 E.T.*	$	-
c. Otros rentas exentas. Art. 206 numerales 1 al 5. (Las rentas exentas de los num 6 al 9 del Art. 206 no estan sujetas al limite del Art. 336 del ET.)	$	-
Total Rentas Exentas	**$**	-
Subtotal 3	**$**	**1,000,000**

Renta de Trabajo Exenta (25%). Maximo $12.569.760 Año 2026. (240 Uvt)	$	250,000
Subtotal 4	**$**	**750,000**

Cifra control 40% Deducciones y rentas exentas	$	400,000
En todo caso el Maximo permitido es de 420 UVT Articulo 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 $21.997.080	$	250,000
En todo caso el Maximo permitido es de 420 UVT Articulo 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 $21.997.080	$	21,997,000

Ingreso Laboral Mensual Base para Retención en la Fuente	$	750,000
Ingreso laboral gravado en UVT	$	14
Retención en la fuente a practicar	$	-

Hasta	*Tarifa Marginal*	*Impuesto*	Retencion por aplicar
95	*0%*	*$ 0*	-
150	*19%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 95 UVT)*19%*	-
360	*28%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 150 UVT)*28% más 10 UVT*	-
640	*33%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 360 UVT)* 33% más 69 UVT*	-
945	*35%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 640 UVT)*35% más 162 UVT*	-
2300	*37%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 945 UVT)*37% más 268 UVT*	-
En adelante	*39%*	*(Ingreso laboral gravado expresado en UVT menos 2300*	-

UVT 2026	$	52,374
Ingreso laboral gravado en uvt	$	14

	$ -

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1040260069		CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO MARIA AUXILIADORA	SAN FRANCISCO-ANTIOQUIA	3218880645	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93009442	9509791137	I	2026/09/15	2026/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$216,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,100	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$112,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,100	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$17,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,600	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$87,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$216,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1040260069		CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO MARIA AUXILIADORA	SAN FRANCISCO-ANTIOQUIA	3218880645	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	93009454	9510642968	I	2026/10/16	2026/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$144,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$466,908	$74,800			$466,908	$58,400			$0	$0			$466,908	$11,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$466,908	$74,800			$466,908	$58,400			$0	$0			$466,908	$11,400		$0	$0
Ciudad: SAN FRANCISCO Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$466,908	$74,800			$466,908	$58,400			$0	$0			$466,908	$11,400		$0	$0
1	CC 1040260069	CIRO ELIANA	230201	8	$466,908	$74,800	EPS037	8	$466,908	$58,400		0	$0	$0	14-25	8	$466,908	$11,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$466,908	$74,800			$466,908	$58,400			$0	$0			$466,908	$11,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1040360088		CIRO CASTAÑO ELIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO MARIA AUXILIADORA	SAN FRANCISCO-ANTIOQUIA	3218880645	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	92009454	95106429865	I	2026/10/16	2026/09/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$144,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$74,800	$0					$0	$74,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$74,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$74,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$0					$0	$11,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$11,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,400	$0					$0	$58,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$58,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$58,400
TOTAL				1	$144,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$144,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

E.s.e Hospital San Francico De Asis - Nit: 800133887
Viernes, 11 de septiembre de 2026, 2:45:21 p.m.

Número del registro
1

Fecha de aplicación
11 Sept 2026

Nombre del destinatario
Elianacristina Cir

Identificación destinatario
1040260069

Producto destino
91290825984

Tipo de producto
Ahorros

Banco
Bancolombia

Valor
COP $ 1.188.000,00

Estado del pago
Exitoso

Código
OKA

Descripción
Pago exitoso y abonado en cuenta bancolombia.

Referencia
ElianaCristina

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 185.75.12.36