ESE HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ
NIT 900.067.136-6

COMPROBANTE DE EGRESO
00-2026-CE-837

R-FAST 9.0e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Datos del movimiento

Fecha del documento: Martes, 13-Oct-2026 04:42 pm
Filial: 00 - HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ
Tercero: 1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA

Descripción

CONTRATO DE TRABAJO COMO MEDICO S.S.O DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ.CONTRATO # 72 -2026 MES DE SEPTIEMBRE

Registros del movimiento

Cuenta	Descripción	Base	Débitos	Créditos
11100501	**Bancolombia cta cte 3292523149-5//**	0.00	0.00	4,293,200.00
	1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA			
25050102	**Nómina por pagar Rurales**	0.00	4,293,200.00	0.00
	1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA			
	OTRO 1597 OTROS DOCUMENTOS			
	Totales		4,293,200.00	4,293,200.00

ELABORO	REVISÓ	AUTORIZO	Recibido
CLAUDIA EPERANZA QUIROGA	ARLEY NAYDU PÉREZ GALEANO	ALEXANDER ARIZA GARCIA	C.C. No.
AUXILIAR CONTABLE	SUB.ADMINISTRATIVA Y FINANCIER	GERENTE	NIT No.
63434971	28034483	13615911	Fecha recibido
ELABORO	REVISÓ	AUTORIZO	

ESE HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ
NIT 900.067.136-6

CUENTAS POR PAGAR
00-2026-CXP-829

Datos del movimiento

Fecha del documento: Martes, 13-Oct-2026 12:10 pm
Filial: 00 - HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ
Tercero: 1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA

Descripción

CONTRATO DE TRABAJO COMO MEDICO S.S.O DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ.CONTRATO # 72 -2026 MES DE SEPTIEMBRE

Registros del movimiento

Cuenta	Descripción	Base	Débitos	Créditos
24251801	**Aportes a pension**	0.00	0.00	158,400.00
	800224808 (01) PORVENIR			
	OTRO POTR3009 OTROS DOCUMENTOS			
	Fecha de vencimiento : 12.11.2026			
24251901	**Aportes a salud**	0.00	0.00	158,400.00
	900156264 (01) NUEVA EPS			
	OTRO NUECAB OTROS DOCUMENTOS			
	Fecha de vencimiento : 12.11.2026			
25050102	**Nómina por pagar Rurales**	0.00	0.00	4,293,200.00
	1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA			
	OTRO 1597 OTROS DOCUMENTOS			
	Fecha de vencimiento : 12.11.2026			
73100301	**Sueldos y salarios//Sueldos y salarios**	0.00	4,610,000.00	0.00
	1005287008 (01) BARBOSA ARIZA CAMILA FERNANDA			
	00 HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ			
	5055 RADIOLOGIA HOSPITALIZACION			
	Totales		4,610,000.00	4,610,000.00

			Recibido
			C.C. No.
			NIT No.
			Fecha recibido

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-900067136
SUCURSAL	1
FECHA PAGO	2026-10-13
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1005287008
NOMBRE EMPLEADO	CAMILA FERNANDA BARBOSA ARIZA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	39002408
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERÍODO PENSIÓN	2026-09
PERÍODO SALUD	2026-10
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3869101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	3.960.000	0,1600000	$ 633.600	$ 0	$ 0	$ 633.600	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	3.960.000	0,1250000	$ 495.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	3.960.000	0,0243800	$ 96.500	3

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF			ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori	
30	3.960.000	0,0400000	$ 158.400	3.960.000	0,0200000	$ 79.200	0,0300000	$ 118.800	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 633.600	$ 495.000	$ 96.500	$ 356.400	$ 1.581.500