Sistemas CitiSalud SAS

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

CPS-342

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 37845 **Fecha:** 03/11/2026 **Valor:** 4,784,310.24

Beneficiario: 5279199 - ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO **Valor AIU:** 0

Forma de Pago: Transferencia **Detalle Forma Pago:** Desde Davivienda Cuenta No: 470169989006 Hacia: Davivienda Cuenta No: 475900094842 **Base AIU:** 0

Descripción: PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31 **% IVA AIU:** 0

Valor en Letras: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE CON 24 CENTAVOS **Vr IVA AIU:** 0

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
41971	SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31	OCTBC - 10	30/10/2026 00:00:00	4,808,352
			Total:	**4,808,352**

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	4808352		24,041.76
			Total:	**24,041.76**

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100501	DAVIVIENDA CTA CTE 470169989006	0	4,784,310.24
24905401	HONORARIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	4,784,310.24	0
	Total:	**4,784,310.24**	**4,784,310.24**

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1521	1962	342	654	669	2.4.5.02.09.05	CONVENIO - MEDICO EN TU TERRITORIO	4,808,352
						Total:	**4,808,352**

DETALLE DEL EGRESO

PAGO SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31

Preparado

Revisado

Aprobado

Tesoreria

CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato

N° DEL CONTRATO	342
CONTRATISTA	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ
IDENTIFICACION:	5279199
FECHA DE SUSCRIPCION:	9/10/2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 4.808.352
PLAZO INICIAL:	23 DIAS
FECHA DE INICIO:	9/10/2026
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	31/10/2026
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	

MES PAGADO	
SEPTIEMBRE	9-oct-26

Certificación de pago seguridad social y parafiscales	FECHA DE CERTIFICACION:

El coordonadinar del area CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al Informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de OCTUBRE 09-31

¡Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondientea pagar es de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS $ (4.808.352)

Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.

Informe de pago	SI
Planilla de Seguridad Social	SI
Factura -Cuenta de cobro	SI

Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de OCTUBRE 2026

DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA
SUPERVISOR

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO
Dir: AV MEDINA 6 - 06 - Tel: 8475026
Nit: 860020094

ORDENES DE PAGO: 41971

Tercero: 5279199 - 3 - ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO

Autorretenedor: NO | **Factura:** 10 | **Regimen:** Simplificado

Contribuyente: NO | **Prefijo:** OCTBC | **No. Contrato:** 342

I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL | **Fecha Factura:** 03/11/2026 | **Fecha:** 30/10/2026

Fecha Vence: 03/12/2026

Descripción: SERV MEDICO GENERAL OCTUBRE 09-31

Valor en Letras: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

CONCEPTOS

TTercero	DesTTercero	Concept	Descripción CXP	Iva	Descripción IVA	Valor
		1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000			24,041.76
		230	73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS			4,808,352
64	24255201 HONORARIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS					4,784,310.24

DETALLE CONTABLE

Cuenta	DesCuenta	Lugar	UFuncional	CCostos	Nit	Debito	Credito
73010201	REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS	01	01	010101	5279199	4,808,352	0
24362707	RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil				5279199	0	24,041.76
24905401	HONORARIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS				5279199	0	4,784,310.24
					Total:	**4,808,352**	**4,808,352**

Cancelado: 0
Saldo Actual: 4,784,310.24

DETALLE PRESUPUESTAL

Disponibilidad	Registro	Obligacion	Lugar	Rubro	Descripción	Valor
99 - 669	91 - 654	83 - 1962	01	2.4.5.02.09.05	CONVENIO - MEDICO EN TU TERRITORIO	4,808,352
					Total:	**4,808,352**

Elaboró: _____ **Presupuesto** _____

Contador _____ **Gerente** _____

CUENTA DE COBRO No. 01

LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ
PPT 5279199 DE BOGOTÁ.

LA SUMA DE: $4.808.352 M/C ($CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE)

Según objeto del contrato 342 DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2026 "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS". DEL 9 AL 31 DE OCTUBRE DE 2026.)

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E EL COLEGIO	Consulta Externa	Consulta Externa	100%	$ 4.808.352
		TOTAL	100%	$ 4.808.352

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
342/2026	669	654

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ
PPT 5279199 DE BOGOTÁ.
CEL 3124185720

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
		Versión
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	V01-2024

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

INFORMACIÓN BÁSICA

PERIODO DEL INFORME	9-31 OCTUBRE 2026	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.		342	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ	PPT. No.		5279199	
	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ASISTENCIA EN SALUD - MEDICINA GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS POR LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO EN EL PUESTO DE SALUD INSPECCIÓN LA VICTORIA CONSULTA EXTERNA ATENCIÓN 24 HORAS.				
Informe No:	01	Fecha:	OCTUBRE 2026		
Iniciación:	09/10/2026	Plazo Inicial:	23 DIAS	Prórroga	
Finalización:	31/10/2026			Fecha Final	

REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO

No DISPONIBILIDAD	VALOR	No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
669	$ 4.808.352	654	$ 4.808.352

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor Total Del Contrato	$ 4.808.352	Valor A Pagar:	$ 4.808.352
		Valor Giros Efectuados	$ 0
% Ejecución del Contrato:	100 %	% ejecución Financiera Actual:	0 %

ADICIÓN PRÓRROGA:

Fecha de Inicio:		Fecha de Terminación	

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
		Versión
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	V01-2024

ACTIVIDADES	CUMPLE	
	SI	NO
1. Prestar servicios profesionales de salud en medicina general, en el puesto de salud de la inspección La Victoria a todos los usuarios que requieran la prestación del servicio de consulta externa las 24 horas del día.	X	
2. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos y para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de consulta externa.	X	
3. Diligenciar adecuadamente los requisitos de atención de pacientes, historias clínicas y otros soportes de atención de acuerdo con lo establecido por las normas de auditoría de la institución y sustentar por escrito en los respectivos requisitos y en la historia clínica, los paraclínicos solicitados y el plan de manejo, respaldando toda actuación con su firma y sello..	X	
4. Ejecutar y promover programas y actividades de promoción y prevención para la comunidad, en un horario adicional a la realización de consulta médica, según programación.	X	
5. Proceder el diligenciamiento adecuado y oportuno de la historia clínica por cada paciente atendido, de conformidad con la resolución no. 1995 de 1999 y/o la normatividad vigente pertinente	X	
6. La atención del paciente se prestará siguiendo las guías de práctica clínica desarrolladas por el hospital, conjuntamente con el contratista.	X	
7. Practicar y cumplir con las actividades académicas reglamentarias de acuerdo a los programas establecidos y aprobados por la dirección científica del hospital.	X	
8. Propender por la seguridad y conservación de los elementos entregados para el desempeño del objeto contractual, así como responder por su pérdida en caso de culpa atribuible al contratista.	X	
9. Responder por la adecuada, clara precisa, legible, completa y veraz de los RIPS y toda la documentación relacionada con la prestación del servicio (historias clínicas, remisiones,) a todos y cada uno de los pacientes atendidos, de conformidad con la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del ministerio de salud y sus modificaciones, con especial énfasis en los programas de interés de salud pública, AIEPI, IAMI, promoción y prevención.	X	

10. Realización de valoraciones médico legales según los requerimientos de las entidades reguladoras.	X		
11. Realización de traslados básicos en ambulancia al hospital de referencia o pertinente según criterio médico y complejidad de paciente, así como la notificación a central de referencia para la efectuación de dichos traslados.	X		
12. Mantener y articular un trabajo conjunto y continuado con la sede principal con el fin de ofertar y garantizar los servicios brindados por la institución.	X		
13. Colaborar de forma efectiva en el proceso de facturación mediante la decidida participación en la parte el proceso que le corresponda, así como garantizar oportunidad en la realización de consultas y realizar las gestiones necesarias y pertinentes con el fin de mantener estándares adecuados de acuerdo al nivel de complejidad ofertado en el puesto de salud.	X		
14. Asumir, en caso de presentarse glosa durante el recaudo por fallas atribuidas al contratista, el documento respectivo el cual será ejecutado por el hospital, contra el valor del contrato y por el monto de la actividad o el evento no pagado. Igualmente, el contratista participará en la contratación de objeciones o glosas correspondientes a no pertinencia médica y aquellas originadas por la prestación de los servicios objeto del presente contrato cumpliendo con los tiempos de respuesta establecidos por el hospital.	X		
15. Realizar la prescripción y órdenes médicas de acuerdo a la resolución 3512 de 2019 y sus anexos, circular 017 de 2019 o el acto administrativo que contiene las coberturas del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y los anexos de medicamentos y procedimientos que soportan la actualización vigente.	X		
16. Registrar correctamente las estadísticas vitales en RUAF institucional en forma oportuna, con calidad según lineamientos técnicos.	X		
17. Dar cumplimiento a las actividades derivadas del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud de la institución y el sistema de información para la calidad, y las demás las actividades encaminadas a la certificación y acreditación del hospital.	X		

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
		Versión
	PROCESO SUB GERENCIA - CONTRATACION	V01-2024

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
HORAS CONSULTA EXTERNA	96	96

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión:		Fecha Reanudación			

Yo DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA. en mi calidad de Subgerente, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.
Anexo planilla N° 95940281 del pago de seguridad social correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 2026.

FIRMA COORDINADOR ÁREA

V°B° COORDINADOR DE ÁREA

Babella Reyes Madera
Médico
R.M. 1.007.506.581
U. Universitaria de Ciencias de la Salud

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

CUADRO DE ACTIVIDADES CONCERTADAS CON PERSONAL MEDICO EN TU TERRITORIO MES DE OCTUBRE DEL 2026

NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
DRA MANUELA ROZO										CE				CE		CE						CE		CE		CE		CE			
										24				24		24						24		24		24		24			
DR GABRIEL ACOSTA	CE		CE		CE		CE				CE				CE		CE											CE		
	24		24		24		24				24				24		24											24		
DRA ISABELLA HOYOS		CE		CE		CE			CE										CE				CE		CE					CE
		24		24		24			24										24				24		24					24
DRA CAMILA JARAMILLO								CE				CE	N					CE		CE	N					CE			CE	
								24				24	12					24		24	12					24			24	
JORGE BOTERO													D								D									
													12								12									
MEDICO RURAL DISPONIBLE																															

GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ PT5279199
DISPONIBILIDAD MEDICO EN TU TERRITOPRIO – LA VICTORIA
18-09-2026 24H:8AM-8AM

OCTUBRE DE 2026

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
27	28	29	30	1 24H	2	3 24H
4	5 24H	6	7 24H	8	9	10
11 24H	12	13	14	15 24H	16	17 24H
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29 24H	30	31

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	6279199	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ	Calle 5a #3D - 15	3015916	acostagabriel727@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
OneCA	1 - Independiente			CUNDINAMARCA	EL COLEGIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		5044211	09/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	1	$0	$1,653,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	668.100	0		0		0	0	0	0	668.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	855.100	0	0	0	0	0	0		855.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	130.200				130.200	0	0	130.200			1.302	130.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	668.100	668.100
Pensión	1	855.100	855.100
Riesgos Laborales	1	130.200	130.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.653.400	1.653.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
PT	5279199	GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ		Calle 5a #3D - 15	3015916	acostagabriel727@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	EL COLEGIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95940281	09/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$0	$1.653.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	PT 5279199	ACOSTA HERNANDEZ GABRIEL ALEJANDRO	57	0	-	-	N																					230301	$1.344.300	30	855.100	0	0	0	0	EPS005	$1.344.300	30	648.100	14-11	$1.344.300	30	3	130.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gabriel Alejandro Acosta Hernandez
PT 5279199 ,
El Colegio, Cundinamarca
312 418 5720
Acostagabriel727@gmail.com

Octubre de 2026

Señores
ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen
Departamento contable
El Colegio, Cundinamarca

Asunto: Declaración de Responsabilidad Económica sobre Mis Hijos para Efectos de Retención en la Fuente

Yo, Gabriel Alejandro Acosta Hernandez, identificado con el Permiso por Protección Temporal No. 5279199 de Bogotá, en calidad de contratista por prestación de servicios en esta institución, me permito manifestar de manera formal que tengo a mi cargo la responsabilidad económica directa de mis dos hijos menores de edad, cuyos datos se relacionan a continuación:

1. Miranda Valentina Acosta Parra
   - Fecha de nacimiento: 5 de abril de 2013
   - Documento de identidad tipo PT No. 6448436

2. Diego Alejandro Acosta Parra
   - Fecha de nacimiento: 27 de septiembre de 2017
   - Documento de identidad tipo PT No. 6448436

Por lo anterior, solicito muy respetuosamente que esta situación familiar y económica sea tenida en cuenta dentro de la liquidación mensual de la retención en la fuente, en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, donde se contempla la posibilidad de disminuir la base de retención mediante la inclusión de dependientes económicos.

Agradezco su atención y quedo atento a cualquier documentación adicional que se requiera para validar esta información.

Cordialmente,

Gabriel A. Acosta H.
PT 5279199

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6893852

ACOSTA PARRA
APELLIDOS

COL

DIEGO ALEJANDRO
NOMBRES

VEN M
NACIONALIDAD SEXO

1588655099
DNI Nro.

27-09-2017
FECHA DE NACIMIENTO

02-09-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

NO FIRMA
FIRMA

E2368342

TÍTULO DE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6893852<<9<<<<<<<<<<<<<<<
1709274M3105308VENE2368342<<<6
ACOSTA<PARRA<<DIEGO<ALEJANDRO<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6448436

COL

ACOSTA PARRA
APELLIDOS

MIRANDA VALENTINA
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

05042013267
DNI No.

05-04-2013
FECHA DE NACIMIENTO

09-08-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1521863

INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6448436<<1<<<<<<<<<<<<<<<
1304059F3105308VENE1521863<<<4
ACOSTA<PARRA<<MIRANDA<VALENTIN

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

19/03/2026

EL COLEGIO,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que el señor GABRIEL ALEJANDRO ACOSTA HERNANDEZ con Cédula de Extranjería número 7775279199

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	475900094842
Fecha de apertura	06/07/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO OPS OCTUBRE 9-31
Fecha Pago	03/11/2026
Hora Pago	16:11

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	7775279199	**Referencia**	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX4842	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 4.784.310,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial