

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YULY ESPERANZA FRANCO GUIO		CC:	53090788	
CORREO ELECTRÓNICO:	YUESPEFRANgUI@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3226192713	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 76B SUR 78F 50		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007170606268

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1288 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.796.320
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/02/01 AL 2025/02/28		



YULY ESPERANZA FRANCO GUIO
PS_1288_2025_D8C71C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

CC: 53090788

CEL: 3226192713

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

CON C.C N°

53.090.788

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 1288 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5.388.960 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 18.875.584 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.796.320

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DIEZ (10) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA

ITEM **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-02-01) AL (2025-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 84084611	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/02/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/02/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/02/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

PS_1288_2025_D8C71C

YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

CC: 53090788

FIRMA DE QUIEN VALIDA



PS_1288_2025_D8C71C

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA

PS_1288_2025_D8C71C

WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa: YULY ESPERANZA FRANCO GUIO
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 84597692
Fecha de vencimiento: 21/03/2025
Fecha de Pago: 11/03/2025

NIT: 53090788
Periodo liquidación Pensiones: febrero 2025
Periodo liquidación Salud: febrero 2025
Total a pagar: \$440.500
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: 1083
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago en Cajas
Número Autorización: 1917621

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$34,700
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$227,800
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$178,000
						\$440.500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**