

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2025)

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	\$ 82.944
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/02/07 AL 2025/02/07		



YULY ESPERANZA FRANCO GUIO  
PS\_1288\_2025\_4D7BFD

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** 1

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 18.875.584 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 82.944

**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

**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 (2025-02-07) AL (2025-02-07)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

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

**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\_4D7BFD*

**YULY ESPERANZA FRANCO GUIO**

**CC: 53090788**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*PS\_1288\_2025\_4D7BFD*

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA*

*PS\_1288\_2025\_4D7BFD*

**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:** 85676742  
**Fecha de vencimiento:** 23/04/2025  
**Fecha de Pago:** 10/04/2025

**NIT:** 53090788  
**Periodo liquidación Pensiones:** marzo 2025  
**Periodo liquidación Salud:** marzo 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:** 1939600

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.**