

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YULY ESPERANZA FRANCO GUIO	CC:	53090788		
		RUT (NIT):	53090788		
CORREO ELECTRÓNICO:	YUESPEGRANQUI@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

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1288 2025	N° CDP:	800	N°. RP:	6005	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/06/30		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11.275.584	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.900.000					



YULY ESPERANZA FRANCO GUIO
PS_1288_2025_6D657A-2025-05-19 09:32:00

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA YULY ESPERANZA FRANCO GUIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53.090.788

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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
-----------------------------------	----	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	11.275.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.900.000
---	----	------------	--	----	-----------

N° DE INFORME:	5	N° CRP INICIAL:	12882025	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
-----------------------	---	------------------------	----------	------------------------------------	---

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES
--	-----------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA
--	----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA
--	-------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
-------------------------------	----------------------

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	(2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	\$ 186.624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	6005	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE DÍAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	

IV. 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)

1	Verifique derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
2	Actualice datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
3	Revise y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
4	Brinde el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
5	Genere factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
6	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
7	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
8	Realice la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera.
9	Realice llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientado
10	Verifique las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86485141	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/05/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/05/13	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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:	 <p><i>YULY ESPERANZA FRANCO GUIO</i> <u>PS_1288_2025_6D657A-2025-05-19 09:32:00</u> YULY ESPERANZA FRANCO GUIO CC: 53090788 CEL: 3226192713</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 <p><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> <u>PS_1288_2025_6D657A-2025-05-19 18:42:33</u> RONALD AGUILAR GOMEZ CARGO: DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> <u>PS_1288_2025_6D657A-2025-05-19 14:34:26</u> YAMILE CANO HERRERA PERFIL: ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL</p>

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.**