EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Comprobante de egreso

Número 9133 **Fuente** 2

Fecha: 12/02/2026 **Fuente OP:** 63 **Numero OP:** 9671

Tercero

NIT o CC: 1081910797 **Cod banco:** 01

Pagado a: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO **Banco:** BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIOS COMO AUXILIAR SERVICIOS GENERALES EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	1081910797 - YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0,00	1.316.000,00
24905401	PAGADO A: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	1081910797 - YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		1.316.000,00	0,00
			Sumas iguales:	1.316.000,00	1.316.000,00

Contabilizado	Revisado	Aprobado		Usuario
				MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retencion	ICA	Glosas
	04/02/2026	EN	1.400.000,00	70.000,00	14.000,00	0,00

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Autorizacion de pago

Número 9671 **Fuente** 63

Fecha: 12/02/2026

Paguese a favor de: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO **Documento:** 1081910797

Concepto: SERVICIOS COMO AUXILIAR SERVICIOS GENERALES EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas		A pagar
70-9443	1.400.000	0	0	70.000	0	14.000	0	0	1.316.000
Totales:	1.400.000	0	0	70.000	0	14.000	0	0	1.316.000

MACEVEDO

Contabilidad **Administrativo autorizado** **Ordenador del gasto** **Elaborado por**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

NIT 819001483
Dirección CL14 #10 -15 BRR JUAN 23
Teléfono 4851016

Obligacion presupuestal

Número 9443 **Fuente** 70

Fecha: 04/02/2026 **Fuente RP:** 102 **Numero RP:** 486

Tercero

Tercero: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO **NIT:** 1081910797
Telefóno: 3018215700 **Ciudad:** PLATO

Detalle: SERVICIOS COMO AUXILIAR SERVICIOS GENERALES EN LA ESE, HONORARIOS MES DE ENERO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	EN ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	28.000
24072203	EN ESTAMPILLA UNIMAG	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	28.000
24072204	EN ESTAMPILLA PRODEPORTE	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	14.000
24362701	EN RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	14.000
24905401	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA EN	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	1.316.000
51117901	AGRUPADO	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	AD	1.400.000	0
			Sumas iguales:	1.400.000	1.400.000

Contabilizado **Revisado** **Aprobado**

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	04/02/2026	EN	1.400.000	0	70.000	14.000	0

Plato Magdalena, 10 de febrero 2026

CUENTA DE COBRO

LA E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO

DEBE A

YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO identificada con cedula de ciudadanía número 1081910797 la suma de **un millón cuatrocientos mil pesos ($1.400.000)** por concepto de prestación de servicio como auxiliar de servicio general, durante el presente mes de enero bajo contrato CPS-0250-2026.

Así mismo declaro bajo juramento que no utilizo deducción de costos y gastos asociados a la prestación de mis servicios personales y me acojo a la tabla de retención en la fuente plasmada en el artículo 383 del E.T.

Yazmin Castillo

YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO
C.C. 1081910797

INFORME DE ACTIVIDADES

A. INFORMACION GENERAL

Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	.CPS-0250-2026
Objeto del Contrato	Prestar sus servicios como auxiliar de servicios generales en la E.S.E Hospital Fray Luis De León.
Plazo del Contrato	14 de enero 2026 al 31 de enero del mismo año.
Periodo objeto de pago	Enero 2026
Nombre del Contratista	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO
N° de identificación	1081910797
Correo electrónico Contratista	yazminrosacastillomeriño@gmail.com
Régimen del IVA	No Responsable de IVA
Es declarante de renta	N/A
Es pensionado	N/A
Valor total del Contrato	$1.400.000.
Valor de Honorarios mensual	$1.400.000.
Tipo de Cuenta	Ahorros
Banco al cual consignar	NEQUI
No. Cuenta	**3018215700**
Fecha Acta de Inicio	14/01/2026
N° Pago del Contrato	01
Ingreso Base Cotización IBC	$1.423.500
N° planilla Pago de Seguridad social	**9497516794**
Periodo Pago Seguridad Social	Diciembre/2025
Valor Periodo Pago de Seguridad social	**$444,800**
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	$179,700
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	$230.000
Valor Pago ARL	$35,100
Nombre y Cargo del supervisor del Contrato	LUIS ALFONSO MIRANDA VILLA **Profesional especializado en el área administrativa**

B. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO
1	Velé y mantuve las instalaciones de la E.S.E. de manera limpia y ordenada, logrando la satisfacción de los usuarios respecto a la higiene y buena presentación de la entidad.

2	Realicé el respectivo aseo en las áreas correspondientes asignadas (cirugía). Limpieza de pisos, paredes, canecas de basura, recolección de residuos.
3	Realicé las jornadas de aseo y desinfección programadas en el mes.
4	Cumplí de manera eficiente y oportuna la labor contratada y aquellas obligaciones que se generaron de acuerdo con la naturaleza del servicio.

C. PARA LOS EFECTOS LEGALES DECLARO COMO CONTRATISTA Y BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO, QUE:

1. A la fecha, he cumplido a cabalidad con las actividades del objeto contractual arriba descritas.
2. Los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, están debida y legalmente pagados.
3. Me encuentro afiliado al sistema de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, tal como consta en certificado que adjunto.
4. He leído y entendido la descripción de todos los campos aquí diligenciados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el supervisor LUIS ALFONSO MIRANDA VILLA verifica que el contratista cumplió con las actividades en el periodo comprendido entre el 14 de enero 2026 al 31 de enero del mismo año.

FIRMA DE QUIEN DECLARA:	Yasmin Castillo Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	Firma del Supervisor

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista **YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO**, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, se verifica el cumplimento del objeto contractual y, por ende, autoriza el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 14 de enero 2026 al 31 del mismo mes y año.

Pago No.	01
Contrato:	.CPS-0250-2026
Contratista:	**YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO**
Cédula o NIT	1081910797
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES DE LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN DE PLATO MAGDALENA.
Plazo del contrato:	14 de enero 2026 al 31 del mismo mes y año.
Fecha iniciación:	14 de enero 2026
Fecha de terminación:	31 de enero 2026
Valor total del contrato:	$1.400.000.
Valor a pagar:	$1.400.000
Numero de PIN:	**12045503**
Periodo cotizado:	Diciembre 2025

El suscrito supervisor del contrato antes descrito, deja constancia que se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral por parte del contratista, de conformidad con el parágrafo 1 del Art. 23 de la ley 1150 de 2007 y el Articulo 244 de la ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 10 días del mes de febrero 2026

Supervisor,

LUIS MIRANDA
Profesional especializado en el área administrativa

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó			
Revisó			
Revisó			

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1081910797		CASTILLO MERIÑO YAZMIN ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle central	PLATO-MAGDALENA	4851346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	12045503	9497516794	I	2026/01/26	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	15	$444,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,200	$0	$230,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$2,200	$0	$230,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$400	$0	$35,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$400	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$178,000	$1,700	$0	$179,700
TOTAL				1	$440,500	$4,300	$0	$444,800

2026/02/10 01:14 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1081910797		CASTILLO MERIÑO YAZMIN ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle central	PLATO-MAGDALENA	4851346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	12045503	9497516794	I	2026/01/26	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	15	$444,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: PLATO Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1081910797	CASTILLO YAZMIN	230201	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2026/02/10 01:14 PM