

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 10086 Fuente 2

Fecha: 30/03/2026

Fuente OP: 63

Numero OP: 10673

Tercero

NIT o CC: 1081910797

Cod banco: 01

Pagado a: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO

Banco: BANCOLOMBIA CORRIENTE 4928

Por concepto de: SERVICIO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN LA ESE DEL MES DE MARZO 2026

Cuenta	Descripcion	Tercero	C/C	Debito	Credito
11100501	PAGADO A: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	1081910797 - YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0,00	1.645.000,00
24905401	PAGADO A: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	1081910797 - YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		1.645.000,00	0,00

Sumas iguales: 1.645.000,00 1.645.000,00

Contabilizado

Revisado

Aprobado

Usuario

MACEVEDO

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Total	Retención	ICA	Glosas
	26/03/2026	MAR	1.750.000,00	87.500,00	17.500,00	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 10673 Fuente 63

Fecha: 30/03/2026

Paguese a favor de: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO

Documento: 1081910797

Concepto: SERVICIO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN LA ESE DEL MES DE MARZO 2026

Obligacion	Total	Iva	Dsto	Retencion	Rete IVA	Rete ICA	Estampillas	A pagar
70-10199	1.750.000	0	0	87.500	0	17.500	0	1.645.000
Totales:	1.750.000	0	0	87.500	0	17.500	0	1.645.000

Contabilidad

Administrativo autorizado

Ordenador del gasto

MACEVEDO

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 10199 Fuente 70

Fecha: 26/03/2026 Fuente RP: 102 Numero RP: 856

Tercero

Tercero: YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO NIT: 1081910797
Teléfono: 3018215700 Ciudad: PLATO

Detalle: SERVICIO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN LA ESE DEL MES DE MARZO 2026

Cuenta	Descripción	Tercero	C / costo	Debito	Credito
24072202	MAR ESTAMPILLA PRO HOSPITAL	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	35.000
24072203	MAR ESTAMPILLA UNIMAG	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	35.000
24072204	MAR ESTAMPILLA PRODEPORTE	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	17.500
24362701	MAR RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUS	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	17.500
24905401	CAUSAMOS FACTURA DE COMPRA MAR	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO		0	1.645.000
51117901	AGRUPADO	YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO	AD	1.750.000	0
Sumas iguales:				1.750.000	1.750.000

Contabilizado



Revisado

Aprobado

Detalle del documento:	Fecha	Factura	Valor	IVA	Retencion	ICA	Rete IVA
	26/03/2026	MAR	1.750.000	0	87.500	17.500	0

Plato Magdalena, 31 de marzo 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 setecientos cincuenta mil pesos (\$1.750.000)** por concepto de prestación de servicio como auxiliar de servicio general, durante el presente mes de marzo bajo contrato **CPS-379-2026**.

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

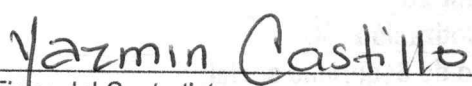
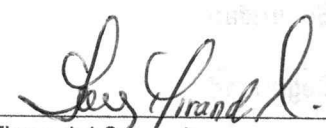
INFORME DE ACTIVIDADES

A. INFORMACION GENERAL

Clase de Contrato	Contrato Prestación de Servicios Profesionales y/o de Apoyo a la Gestión
Contrato N°	CPS-379-2026
Objeto del Contrato	Prestar sus servicios como auxiliar de servicios generales en la E.S.E Hospital Fray Luis De León.
Plazo del Contrato	05 de febrero 2026 al 31 de mayo del mismo año.
Periodo objeto de pago	Marzo 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	\$7.000.000.
Valor de Honorarios mensual	\$1.750.000.
Tipo de Cuenta	Ahorros
Banco al cual consignar	NEQUI
No. Cuenta	3018215700
Fecha Acta de Inicio	05/02/2026
N° Pago del Contrato	02
Ingreso Base Cotización IBC	\$1.750.905
N° planilla Pago de Seguridad social	9501012552
Periodo Pago Seguridad Social	Febrero/2026
Valor Periodo Pago de Seguridad social	\$543,000
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Salud	\$219,400
Valor aporte Obligatorio a Seguridad Social Pensión	\$280,800
Valor Pago ARL	\$42.800
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:	
<ol style="list-style-type: none"> 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 01 de marzo 2026 al 31 del mismo mes y año.	
FIRMA DE QUIEN DECLARA:	 Firma del Contratista
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.	 Firma del Supervisor

ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Vigencia: 2024-2027
AA-SAF-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada
	Versión: 3	Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

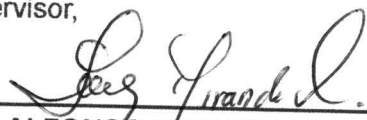
Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista **YAZMIN ROSA CASTILLO MERIÑO**, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, se verifica el cumplimiento del objeto contractual y, por ende, autoriza el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de marzo 2026 al 31 del mismo mes y año.

Pago No.	02
Contrato:	CPS-379-2026
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:	05 de febrero 2026 al 31 de mayo del mismo año.
Fecha iniciación:	05 de febrero 2026
Fecha de terminación:	31 de mayo 2026
Valor total del contrato:	\$7.000.000.
Valor a pagar:	\$1.750.000
Numero de PIN:	63628451
Periodo cotizado:	Febrero 2026

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 Artículo 244 de la ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 31 días del mes marzo 2026

Supervisor,



LUIS ALFONSO MIRANDA VILLA

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.

Identificación

dv

CC 1041310797

Razon Social

CASTILLO MEBINO YAZMIN ROSA

Clase Aportante

INDEPENDIENTE

Sucursal Principal

PRINCIPAL

Direccion

calle central

Ciudad-Departamento

PLATO-MAGDALENA

Exonerado SENA e

ICBF

No

Telefono

4851346

Periodo

2026-02

Clave

99010/2552

Pago

63628451

Planilla

Planilla

Limite

2026/03/24

Pago

2026/03/27

Planilla

Planilla

Dias Mora

3

Valor

\$543,000

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Centro de Trabajos PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700	
Ciudad: PLATO Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700	
1	CC 1081910797	CASTILLO YAZMIN	230201	30	\$1,750,905	\$280,200		ESCO7	30	\$218,900		0	\$1,750,905	\$218,900		14-23	\$1,750,905	\$42,700		0	\$1,750,905	\$42,700	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700	

Página 1 de 2

2026/03/27 04:16 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 108110797		CASTILLO MEBINO VAZMIN ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle central	PLATO-MAGDALENA	4851346	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2026-02	63626451	1	2026/03/24	2026/03/27	3	\$543,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$600	\$0	\$280,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$600	\$0	\$280,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$500	\$0	\$219,400
MUTUAL SER	E35C07	806,008,394	7	1	\$218,900	\$500	\$0	\$219,400
TOTAL				1	\$541,800	\$1,200	\$0	\$543,000