

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

|                          |                            |                 |           |            |              |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | FRANCY YINET RAMIREZ PARRA |                 | CC:       | 1045139866 |              |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | FRANCYRAMIPA1989@GMAIL.COM |                 | TELÉFONO: | 3137108171 |              |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CR 80C 42C 57 SUR          |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |              |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A.      | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 456000176523 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |            |
|--------------------------|------------------------------|--|------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 7656 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 799.100 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/15                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/07/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |  |            |



FRANCY YINET RAMIREZ PARRA  
PS\_7656\_2025\_112B6A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

FRANCY YINET RAMIREZ PARRA

CC: 1045139866

CEL: 3137108171

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

**FRANCY YINET RAMIREZ PARRA**

CON C.C N°

**1.045.139.866**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO GESTOR ETNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 7656 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/10/15</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |           |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 1.365.893 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>61</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------|

|   |               |  |            |
|---|---------------|--|------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 31.862.693 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 799.100 |
|---|---------------|--|------------|

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

**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)

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ITEM</b> | <b>INSUMOS ANCESTRALES MAYO 2026 KILOMBO CHANGO</b> |
|-------------|---|

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

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

|                           |                        |                      |                     |
|---------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>   | <b>N° 1081190212</b>   | <b>OPERADOR:</b>     | <b>SIMPLE</b>       |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  | <b>ENTIDAD</b>         | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b> |
| <b>SALUD:</b>             | <b>SALUD TOTAL</b>     | <b>2026/05/11</b>    | <b>\$ 218.900</b>   |
| <b>PENSIÓN:</b>           | <b>COLPENSIONES</b>    | <b>2026/05/11</b>    | <b>\$ 280.200</b>   |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b> | <b>SEGUROS BOLIVAR</b> | <b>2026/05/11</b>    | <b>\$ 42.700</b>    |
| <b>OTRO</b>               |                        |                      |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b>       |                        |                      | <b>\$ 541.800</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**



*FRANCY YINET RAMIREZ PARRA*

*PS\_7656\_2025\_112B6A*

**FRANCY YINET RAMIREZ PARRA**

**CC: 1045139866**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7656\_2025\_112B6A*

**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*

*PS\_7656\_2025\_112B6A*

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-12, 04:16:16 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081190212

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823528491

## PAGADO 11/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                            |                           |                     |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|
| <b>Razón Social</b>        | FRANCY YINET RAMIREZ PARRA |                           |                     |
| <b>Documento</b>           | CC1045139866               | <b>Dirección</b>          | CL 42FBI #80 D - 20 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE              | <b>Teléfono</b>           | 3137108171          |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                    | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO               |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.         |
| <b>Representante Legal</b> |                            | <b>Identificación</b>     |                     |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                          | <b>ARP</b>                | SEGUROS BOLIVAR     |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                            |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |    |     | Pensiones |     |     | Salud |     |          | Riesgos  |          |          | Cajas          |                      |                | Parafiscales   |                          |              | Total      |             |                |                |                      |             |             |             |      |                   |       |      |            |
|--------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|----------------|----------------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres        | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | USI | SN | IGI | UMI       | UAC | UAP | UPT   | URD | Días FER | Días EPS | Días ANC | Días CCF | Administradora | IBC Pensión          | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud                | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |      |            |
| CC 1045139866      | FRANCY YINET RAMIREZ PARRA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |    |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 0 | \$ 541.800 |

### III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |



## Transacción exitosa

Empresa o servicio

**PAGO SIMPLE (PILA) 01556281**

Número de referencia de pago

**8823528491**

Valor a pagar

**\$ 541.800,00**

Fecha y hora de la transacción

**11/05/2026 - 16:47**

Número de autorización

**737005**

**Finalizar**

**¿Necesita  
Ayuda?**





Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

| Id de pago  | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valo |
|---|-------------------|------------------|--------------------|------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |      |

**Documentos de ejecución del contrato**

| Descripción  | Nombre del archivo                          |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf                               | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2      |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_OCTUBRE_2025..pdf          | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025..pdf                            | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE      |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_NOVIEMBRE_2025.pdf         | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025..pdf                            | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_DICIEMBRE_2025.pdf         | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf                                 | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_ENERO_2026.pdf             | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_FEBRERO_2026.pdf           | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf                               | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_202    |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf (Archivado)                     | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_MARZO_2026.pdf (Archivado) | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026..pdf                                | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_MARZO_2026..pdf            | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7656 2025 8-5-26.pdf                             | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7656 2025 8-5-26 |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_ANCESTRALES_ABRIL_2026.pdf             | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_INSUMOS_AI     |
| <input type="checkbox"/> PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf                                 | PS_7656_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026,i   |

Cancelar