

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDER HENRY LIZCANO DAZA		CC:	79348173	
CORREO ELECTRÓNICO:	HELRYLIZ3198@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3142779389	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 SUR 82A 19		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000500095500

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4865 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.735.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



EDER HENRY LIZCANO DAZA

PS\_4865\_2025\_31886E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EDER HENRY LIZCANO DAZA

CC: 79348173

CEL: 3142779389

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

**EDER HENRY LIZCANO DAZA**

**CON C.C N°**

**79.348.173**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**PROFESIONALES No.**

**PS 4865 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/02/13**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

4.812.288

**No. HORAS EJECUTADAS**

**180**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

21.516.480

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

1.735.200

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

NATALY DUQUE SALAZAR

**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)

1	Se recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
2	Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad.
3	Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico de forma oportuna, garantizando su traslado de forma adecuada.
4	Se cumplió con el uso adecuado de los elementos de bioseguridad.
5	Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.).
6	Se realizó el traslado de los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.
7	Se respondió por el inventario que me fue asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo la actividad
8	Se realizó la limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo institucional, de los elementos y equipos biomédicos asignados.
9	Se cumplió con, conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica.
10	asistí a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con mis actividades.
11	Se informó oportunamente sobre daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.
12	Se informó oportunamente al referente del proceso sobre los inconvenientes que se presentaron con pacientes, muestras y equipos.
13	Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin.
14	Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes, valoraciones y traslados requeridos de forma oportuna y segura, dentro del ciclo de atención.
15	Se garantiza un trato con calidez y calidad al paciente, familia y equipo de trabajo, dando una atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana.
16	Se participó en las actividades de código rojo, código azul y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes.
17	Se realiza diligenciamiento de la hoja de ruta en las diferentes actividades realizadas y se hace entrega del formato debidamente diligenciado de forma semanal a la coordinación de enfermería.
18	Se realizaron las actividades propias de mi oficio, conforme a al objeto contractual y las necesidades del servicio.
19	Se apoya en actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (dispositivos e insumos).
20	Se cumplió con el uso del uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred.

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1076422458	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/13	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>EDER HENRY LIZCANO DAZA PS_4865_2025_31886E</p> <hr/> <p><b>EDER HENRY LIZCANO DAZA</b> <b>CC: 79348173</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ PS_4865_2025_31886E</p> <hr/> <p><b>MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>NATALY DUQUE SALAZAR PS_4865_2025_31886E</p> <hr/> <p><b>NATALY DUQUE SALAZAR</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-13, 01:38:01 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1076422458

Periodo Cotización: octubre de 2025

Periodo Servicio: octubre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823525391

## PAGADO 13/11/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDER HENRY LIZCANO DAZA		
Documento	CC79348173	Dirección	CLL 53 SUR N 82A - 19
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3142779389
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales		Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	PRE	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	DIA	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCT	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 79348173	EDER HENRY LIZCANO DAZA	59	00														0	30	30	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

### 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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

- 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](#)

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### 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	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 4812 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4812 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	PS 4812 2025 CRP 27-05-2025.pdf (Archivado)	PS 4812 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 4865 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4865 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ps 4865 2025 cuenta cobro julio.pdf	ps 4865 2025 cuenta cobro julio.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 4865 2025 CRP-15970.pdf	2 PS 4865 2025 CRP-15970.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3 PS 4865 2025 CRP-18277.pdf	3 PS 4865 2025 CRP-18277.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >