

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	WILMER YANQUEN VILLARREAL			CC:	1100952929
CORREO ELECTRÓNICO:	WIYAVI_3@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3166183219
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 145 58C 80 INT 8 APTO 102			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	287135644
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1472 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 26.614.440	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
<div><div><div>WILMER YANQUEN VILLARREAL PS_1472_2026_1A17C1</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WILMER YANQUEN VILLARREAL CC: 1100952929 CEL: 3166183219</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
WILMER YANQUEN VILLARREAL

CON C.C N°1.100.952.929

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 1472 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$86.847.120No. HORAS EJECUTADAS228

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$86.847.120VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$26.614.440

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:SAUL ARDILA DURAN

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. REALICE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE MI ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSIOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDÉ ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN CONCORDANCIA CON LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES. 3. INFORMÉ DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, EVOLUCION, PLAN TERAPEUTICO, RIESGOS, BENEFICIOS, PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES, PROMOViendo LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS Y LA SATISFACCION CON LA ATENCION RECIBIDA. 4. RESPETÉ LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES APLICABLES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 5. GARANTICÉ LA CONTINUIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL MEDIANTE LA COMUNICACION EFECTIVA DE LA INFORMACION CLINICA RELEVANTE AL EQUIPO DE SALUD, ASEGURANDO QUE EL ESTADO DEL PACIENTE, LAS CONDUCTAS INSTAURADAS Y LAS RECOMENDACIONES QUEDEN CLARAMENTE REGISTRADAS DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA, LEGIBLE Y VERAZ; ASI COMO, LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS, INCLUYENDO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS SOPORTES EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES. 6. CONTRIBUÍ EN INVESTIGACIONES CLINICAS, ESTUDIOS DE CASOS Y ANALISIS ORIENTADOS A LA MEJORA CONTINUA DE LA ATENCION Y A LA RESOLUCION DE PROBLEMATICAS PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN SERVICIO Y FORMACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA REQUERIDO. 7. NOTIFIQUÉ OPORTUNAMENTE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE SE PRESENTEN DURANTE LA ATENCION, PARTICIPANDO EN LOS ANALISIS Y EN LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS. ASI COMO REPORTAR OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CONFORME A LOS TIEMPOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. APOYÉ LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE HABILITACION, ACREDITACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD. 9. PRESTÉ LOS SERVICIOS CONFORME A LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON LA SUPERVISION DEL CONTRATO, INFORMANDO OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE PUEDA AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, FACILITANDO LA ADOPCION DE MEDIDAS QUE GARANTICEN LA PRESTACION DEL SERVICIO. 10. CONTRIBUÍ CON LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y/O ADOPCION DE GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS Y PROCEDIMIENTO INSTITUCIONALES. 11. CONTRIBUÍ CON LA ELABORACION DE RESPUESTAS A QUEJAS, REQUERIMIENTOS, PETICIONES Y SOLICITUDES RELACIONADAS CON SU PROCESO DE ATENCION DEMAS RELACIONADOS. 12. CONTRIBUÍ CON EL PROCESO DE RESPUESTA RELACIONADO CON AUDITORIA DE CUENTAS, CON EL FIN DE PREVENIR GLOSAS DEFINITIVAS U OBJECIONES. 13. CUMPLÍ CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS RELACIONADOS CON PLANES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y REQUERIMIENTOS FORMULADOS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 14. ASISTÍ Y PARTICIPÉ ACTIVAMENTE A JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y DEMAS ESPACIOS INSTITUCIONALES A LOS QUE SEA CONVOCADO, RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 15. UTILICÉ ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, INSTALACIONES Y RECURSOS

1	SUMINISTRADOS POR LA SUBRED PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS. RESPONDER POR LA REPOSICION O REPARACION DE EQUIPOS CUANDO EL DAÑO SEA ATRIBUIBLE A NEGLIGENCIA O USO INADECUADO; EJERCIENDO SU CUSTODIA ENTENDIDA COMO LA RESPONSABILIDAD POR SU CUIDADO, CONSERVACION, USO ADECUADO CONTROL Y SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCA BAJO SU ASIGNACION Y USO. REPORTAR AL AREA CORRESPONDIENTE LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA DESTINADOS A LA ATENCION ASISTENCIAL. 16. ACREDITÉ INSCRIPCION Y HABILITACION VIGENTE EN RETHUS, MIPRES Y RUAF DE ACUERDO A SU OBJETO CONTRACTUAL. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 17. ACREDITÉ EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. 18. CUMPLÍ CON LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL Y AQUELLAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION.
---	--

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9500626264	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/02	\$ 2.188.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/02	\$ 2.976.700
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/03/02	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.165.400

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div>  <div> WILMER YANQUEN VILLARREAL PS_1472_2026_1A17C1 </div> </div> <div> WILMER YANQUEN VILLARREAL CC: 1100952929 </div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div>  <div> DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1472_2026_1A17C1 </div> </div> <div> DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO </div>

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



SAUL ARDILA DURAN
PS_1472_2026_1A17C1

SAUL ARDILA DURAN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1100952929		YANQUEN VILLARREAL WILMER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 145 # 58c-80 Int 8. Apto 102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7647582	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	97590493	9500626264	I	2026/04/10	2026/03/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$5,592,000

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	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$17,509,050	\$2,976,700			\$17,509,050	\$2,188,700			\$0	\$0			\$17,509,050	\$426,600		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$17,509,050	\$2,976,700			\$17,509,050	\$2,188,700			\$0	\$0			\$17,509,050	\$426,600		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$17,509,050	\$2,976,700			\$17,509,050	\$2,188,700			\$0	\$0			\$17,509,050	\$426,600		\$0	\$0		
1	CC	1100952929	YANQUEN WILMER	25-14	30	\$17,509,050	\$2,976,700	EPS005	30	\$17,509,050	\$2,188,700	0	\$0	\$0	14-25	30	\$17,509,050	\$426,600	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$17,509,050	\$2,976,700			\$17,509,050	\$2,188,700			\$0	\$0			\$17,509,050	\$426,600		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF No
CC 1100952929		YANQUEN VILLARREAL WILMER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 145 # 58c-80 Int 8, Apto 102	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7647582	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	97590493	9500626264	I	2026/04/10	2026/03/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$5,592,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,976,700	\$0	\$0	\$2,976,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,976,700	\$0	\$0	\$2,976,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$426,600	\$0	\$0	\$426,600
COLUMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$426,600	\$0	\$0	\$426,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,188,700	\$0	\$0	\$2,188,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$2,188,700	\$0	\$0	\$2,188,700
TOTAL				1	\$5,592,000	\$0	\$0	\$5,592,000

Wilmer Yanquen Villareal

NIT: 1100952929-5

Régimen: No responsable de IVA

CR 73 B 64 F 79

, Bogotá, D.C.

Número Autorización 18764069629190 del 25/04/2024
Autoriza con prefijo desde 121 hasta 200 vigencia hasta 25/04/2026
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Número: 174

Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	NIT:	900959051-7	Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3023290575	Email:	contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co	Fecha:	20/04/2026
Fecha vencimiento:		Fecha firmado:	20/04/2026 13:03:35	Moneda:	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Contado	Medio de pago:	Transferencia Crédito Bancario		
CUFE:	fc772e2cd336b32a0685c35db2764810354f97cf520ecb49c9a1e4c8ef5bfb407dc92c00c80e21d2572850d9924c5c59			Total de Lineas:	1

#	Servicio	Servicio	U. M.	Cant.	Impuestos			Precio U	Total
					NOM	% o Val.	Monto		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Prestados como Anestesiólogo en salas de cirugía en el periodo comprendido del 01 al 30 de Abril del 2026 .contrato PS1472-2026 CDP 175 .A razón de 228horas por valor de Ciento dieciséis mil setecientos treinta pesos MCTE (\$116.730) valor Hora.REGIMEN SIMPLE TRIBUTARIO FAVOR NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE , NI RETENCION DE ICA	WSD	228,00				\$116.730,00	\$26.614.440,00

Notas:	Subtotal:	\$26.614.440,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$26.614.440,00

SON: (veintiseis millones seiscientos catorce mil cuatrocientos cuarenta pesos)
CUFE: fc772e2cd336b32a0685c35db2764810354f97cf520ecb49c9a1e4c8ef5bfb407dc92c00c80e21d2572850d9924c5c59

FIRMA AUTORIZADA

Firma Digital: sbE0TVssAwqKpKaBAQTb1WfV5c8wrLLzkALoaxt9AURAWBsS8dQM0tNePEzY8PH
glC19QGsBD2pie5gUA2820Ej6SE8MqbKWPhJcBFQNFbjXtGZ
Nzx58098ZB5Xe/ /JMPCUE5V4jzgoovILGCsLnc7n27mBhhvGJvXyL/z9h+IMd+noRRnzkuKF2lwH9C ilfB5gTUY4zL/xlDq+CYJrUG3OhRGkZ/hBy
ssn8rsJyCbq+JDT00n7kqMyfHUTVK OVpYduk9RZCdBYmgIPjWOIEK4xwj2Zg4KPe4sxtGZyEmcWGoZWB8+puhgFvt95X 9l49g2T+KHkuWFS44FCP
ag==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/04/2026 hasta: 30/04/2026.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

