

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YEZID GONZALEZ CANIZALES		CC:	75096113	
CORREO ELECTRÓNICO:	YEGOCA@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3133470875	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 86A 69T 81		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	000570122408

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1115 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 12.863.520
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		



YEZID GONZALEZ CANIZALES
PS_1115_2026_65F199

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YEZID GONZALEZ CANIZALES

CC: 75096113

CEL: 3133470875

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

YEZID GONZALEZ CANIZALES

CON C.C N°

75.096.113

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1115 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.461.520	No. HORAS EJECUTADAS	144
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.461.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.863.520
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
-------------------------------	---

ITEM	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 | Realicé diariamente la lectura de láminas histológicas, identificando y notificando alertas críticas conforme a los protocolos del servicio. |
| 2 | Efectué la macroscopia de las muestras recibidas, priorizando los casos de acuerdo con su urgencia clínica. |
| 3 | Llevé a cabo la limpieza y desinfección del microscopio utilizado, diligenciando el formato para tal fin. |
| 4 | Ejecute procedimientos técnico-administrativos necesarios para el adecuado manejo de patologías, según el plan de atención del área. |
| 5 | Cumplí con las normas éticas y legales en el manejo de historias clínicas, asegurando la confidencialidad de la información del paciente. |
| 6 | Asistí a todas las jornadas de capacitación, reuniones y eventos institucionales para mantenerme actualizada en los procesos del servicio. |
| 7 | Notifiqué oportunamente los sucesos de calidad y seguridad del paciente que se presentaron durante la prestación del servicio. |
| 8 | Diligencí correctamente todos los formatos institucionales, aplicando criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. |
| 9 | Apliqué y di cumplimiento a los protocolos, guías y procedimientos establecidos por la Entidad, contribuyendo a su implementación efectiva. |
| 10 | Mantuve la reserva de la información clínica y administrativa, conforme a la normatividad de protección de datos personales. |
| 11 | Informé de manera oportuna a mi supervisor sobre cualquier novedad que pudiera afectar el cumplimiento de mis funciones. |
| 12 | Apliqué rigurosamente los procedimientos de bioseguridad, gestión ambiental y calidad para prevenir riesgos al personal y a la comunidad. |
| 13 | Realicé el lavado de manos de acuerdo con la técnica multimodal, cumpliendo con los protocolos de prevención de infecciones. |
| 14 | Desarrollé mis actividades en las distintas unidades asignadas de la Subred Centro Oriente, conforme a la programación del supervisor. |

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° 1080006466	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/07	\$ 650.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/07	\$ 832.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/07	\$ 126.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.608.700

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	 <p><i>YEZID GONZALEZ CANIZALES</i> PS_1115_2026_65F199</p> <hr/> <p>YEZID GONZALEZ CANIZALES CC: 75096113</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>CATHERINE LUGO CRISTIANO</i> PS_1115_2026_65F199</p> <hr/> <p>CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> PS_1115_2026_65F199</p> <hr/> <p>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-07, 06:43:12 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1080006466

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADO 07/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEZID GONZALEZ CANIZALES		
Documento	CC75096113	Dirección	CL 86A #69 T - 81 TORRE 3 APTO 602
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	504
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	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	USI	IGI	UMI	UAC	UAP	UPT	URD	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias 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 75096113	YEZID GONZALEZ CANIZALES	59	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 5.200.000	\$ 832.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 5.200.000	\$ 650.000	2,436	\$ 5.200.000	\$ 126.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.608.700

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
\$ 5.200.000	\$ 5.200.000	\$ 5.200.000	\$ 0	\$ 832.000	\$ 650.000	\$ 126.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.608.700	\$ 0	\$ 1.608.700

- 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

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> PS 1115 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 .pdf	PS 1115 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1115 2026 CRP -9751.pdf	1 PS 1115 2026 CRP -9751.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 1115 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026 .pdf.pdf	PS 1115 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026 .pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle