

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YAMID JOSE PERALTA CABARCAS		CC:	15172135	
CORREO ELECTRÓNICO:	yamidperalta@gmail.com		TELÉFONO:	3116843395	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 23 66 39 AP 804 TO 8		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	049010010

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1493 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.400.760
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/06/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		

 YAMID JOSE PERALTA CABARCAS
PS_1493_2026_657993

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YAMID JOSE PERALTA CABARCAS
CC: 15172135
CEL: 3116843395

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

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

CON C.C N°

15.172.135

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1493 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	12
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 86.847.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.400.760
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

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)

- | 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar actividades asistenciales, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de la especialidad, garantizando atención segura, humanizada, oportuna y centrada en el paciente, conforme a criterios científicos, éticos y normativos vigentes. 2. Brindar atención integral en salud con calidad, oportunidad y pertinencia, promoviendo un trato digno, respetuoso y empático hacia el paciente y su núcleo familiar. 3. Informar oportunamente al paciente y su familia sobre el estado clínico, evolución, manejo terapéutico, riesgos y recomendaciones médicas, favoreciendo la toma de decisiones informadas. 4. Cumplir las disposiciones éticas, legales y normativas aplicables al ejercicio profesional y a la prestación de servicios de salud. 5. Registrar de manera completa, clara, veraz y oportuna la información clínica derivada de la atención prestada, garantizando la continuidad asistencial y la confidencialidad de la información. 6. Participar en actividades de investigación, análisis de casos, educación continua y apoyo a procesos de formación del talento humano en salud cuando sea requerido. 7. Reportar oportunamente eventos adversos, incidentes y eventos de notificación obligatoria, participando en acciones de mejora relacionadas con la seguridad del paciente. 8. Apoyar las actividades institucionales relacionadas con habilitación, acreditación y fortalecimiento de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 9. Cumplir con la programación de actividades asistenciales concertadas, informando oportunamente novedades que puedan afectar la prestación del servicio o el cumplimiento contractual. 10. Participar en la elaboración, actualización e implementación de guías, protocolos, manuales e instructivos institucionales relacionados con la prestación del servicio. 11. Apoyar la elaboración de respuestas relacionadas con peticiones, quejas, requerimientos y demás solicitudes derivadas del proceso de atención en salud. 12. Contribuir en los procesos de auditoría de cuentas médicas mediante el suministro oportuno de soportes e información clínica requerida para la prevención de glosas. 13. Dar cumplimiento a los compromisos establecidos en planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos realizados por la supervisión contractual. 14. Asistir y participar activamente en capacitaciones, reuniones, comités y demás espacios institucionales relacionados con el desarrollo del objeto contractual. 15. Utilizar adecuadamente los equipos, recursos e instalaciones suministradas para la prestación del servicio, garantizando su conservación, custodia y uso responsable. 16. Mantener vigente la inscripción y habilitación en los registros requeridos para el ejercicio profesional y portar el carné institucional durante la ejecución contractual. 17. Acreditar oportunamente el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales conforme a la normatividad vigente. 18. Ejecutar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean asignadas por la supervisión y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales. |

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

No. DE PLANILLA:	N° 9503760708	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/12	\$ 1.650.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 2.244.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 321.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.216.500


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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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	 <u>YAMID JOSE PERALTA CABARCAS</u> PS_1493_2026_657993 YAMID JOSE PERALTA CABARCAS CC: 15172135
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <u>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</u> PS_1493_2026_657993 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <u>SAUL ARDILA DURAN</u> PS_1493_2026_657993 SAUL ARDILA DURAN SUPERVISOR DEL CONTRATO
--	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15172135		PERALTA CABARCAS YAMID JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 23 # 66-39 torre 8 apto 804	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4836935	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	300876001	9503760708	I	2026/05/11	2026/05/12	BANCO CAJA SOCIAL	1	\$4,219,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$13,201,920	\$2,244,600			\$13,201,920	\$1,650,300			\$0	\$0			\$13,201,920	\$321,600			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$13,201,920	\$2,244,600			\$13,201,920	\$1,650,300			\$0	\$0			\$13,201,920	\$321,600			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$13,201,920	\$2,244,600			\$13,201,920	\$1,650,300			\$0	\$0			\$13,201,920	\$321,600			\$0	\$0
1	CC	15172135	PERALTA YAMID	25-14	30	\$13,201,920	\$2,244,600	EPS005	30	\$13,201,920	\$1,650,300		0	\$0	\$0	14-11	30	\$13,201,920	\$321,600	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$13,201,920	\$2,244,600			\$13,201,920	\$1,650,300			\$0	\$0			\$13,201,920	\$321,600			\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,244,600	\$1,800	\$0	\$2,246,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,244,600	\$1,800	\$0	\$2,246,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$321,600	\$300	\$0	\$321,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$321,600	\$300	\$0	\$321,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,650,300	\$1,200	\$0	\$1,651,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,650,300	\$1,200	\$0	\$1,651,500
TOTAL				1	\$4,216,500	\$3,300	\$0	\$4,219,800

[e contratos](#) → Ver contrato[← 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"/>	01.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	01.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1493 2026 CRP -10174.pdf	1 PS 1493 2026 CRP -10174.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	02.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	02.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	03.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	03.PS 1493 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#)[Cargar nuevo](#)

YAMID JOSE PERALTA CABARCAS

NIT: 15172135 - 8

Régimen: No responsable de IVA

Resolución DIAN N° 18764106274776

Fecha 24/02/2026 - 24/08/2026

Autorización de Facturación Electrónica del YP255 al YP300

Pertenece a Régimen Simple de Tributación 0-47

Email: yamidperalta@gmail.com

Teléfono: 3116843395

Departamento	Fecha		
Bogotá	26	05	2026

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° YP267

Nombre/Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDNIT: CENTRO ORIENTE	900959051 - 7	Fecha de firmado:	26/05/2026 07:38:38	
Dirección:	CALLE 33 # 5-37	Departamento:	Bogotá	Teléfono:	3282828
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago:	Crédito	Medio de pago:	Transferencia Débito Bancaria
Vencimiento:	Junio 10 del 2026	Hora emisión:	07:38:37	Moneda:	COP, Peso colombiano
Fecha de pago:	10/06/2026	Total de Lineas:	1		

#	CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	U.M	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	12,00	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA servicios prestados como medico especialista en subred centro oriente durante el mes de MAYO de 2026 por total de 12 horas	WSD				\$116.730,00	\$1.400.760,00
Notas:								Subtotal:	\$1.400.760,00
SON: (un millón cuatrocientos mil setecientos sesenta pesos cero centavos)								Cargos:	\$0,00
CUFE: 63e3534aed034e214eeb88e00def481d4ae7c14f5da968b67cb114cf049dc54ea8678722d5f0c5febb42d234bec5f1ee								Descuentos:	\$0,00
								Total:	\$1.400.760,00

Firma Digital:

FzC4uGbaK0zvDGBZPviD8c6h2YJvIZtPXcD1qwG/6zK8t5WxzR+o3RgiRiu1JdIPESxzi3In5Ng3fJ5rWh9KVkOCyiaY1Jx+Sqbt+J2sjl0ejElHt+Lgv+X4LH3WG0meiYxR6JIN4Uj4eb5GXjALG2yBSGdioXTokL41mg+9Z+W6tglBHnTxgNJBti456ZhCZYierk13uMbCStVvgiF4qszLW8fGDCBHtWeCmABJN1DbKCHGgLMeanw06cuHxqF+P1LY9gn3ZBwnbtpFi8GiV24XywHfAdw4Wun+gw5rfZZftVnoOCaTs/v2zUu6j2XHDXT19+PCjB3OSNr9Yw==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

