

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80124977		FLOREZ FLOREZ IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR88#18-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582824	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	301906907		9504346669	I	2026/05/21	2026/05/12	BANCO AV VILLAS	\$1,326,600

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)					\$4,287,840	\$686,100			\$4,287,840	\$536,000			\$0	\$0			\$4,287,840	\$104,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,287,840	\$686,100			\$4,287,840	\$536,000			\$0	\$0			\$4,287,840	\$104,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$4,287,840	\$686,100			\$4,287,840	\$536,000			\$0	\$0			\$4,287,840	\$104,500		\$0	\$0	
1	CC 80124977	FLOREZ IVAN	25-14	30	\$4,287,840	\$686,100	EPS008	30	\$4,287,840	\$536,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$4,287,840	\$104,500	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$4,287,840	\$686,100			\$4,287,840	\$536,000			\$0	\$0			\$4,287,840	\$104,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80124977		FLOREZ FLOREZ IVAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR88#18-33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7582824	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	301906907		9504346669	I	2026/05/21	2026/05/12	BANCO AV VILLAS	\$1,326,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$686,100	\$0	\$0	\$686,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$686,100	\$0	\$0	\$686,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$104,500	\$0	\$0	\$104,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$104,500	\$0	\$0	\$104,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$536,000	\$0	\$0	\$536,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$536,000	\$0	\$0	\$536,000	
TOTAL				1	\$1,326,600	\$0	\$0	\$1,326,600	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ			CC:	80124977
CORREO ELECTRÓNICO:	IVANFLFL7832@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3212034866
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 88 18 33			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	636712692
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1233 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 10.719.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ PS_1233_2026_BF1F7D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ CC: 80124977 CEL: 3212034866					

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

IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ

CON C.C N°

80.124.977

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 1233 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.461.520	No. HORAS EJECUTADAS	120
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 66.461.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 10.719.600
--	---------------	---	---------------

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9504346669	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/12	\$ 536.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 686.100	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	\$ 104.500	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 1.326.600	

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	<i>IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ</i> <i>PS_1233_2026_BF1F7D</i> IVAN DARIO FLOREZ FLOREZ CC: 80124977
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<i>CATHERINE LUGO CRISTIANO</i> <i>PS_1233_2026_BF1F7D</i> CATHERINE LUGO CRISTIANO SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<i>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</i> <i>PS_1233_2026_BF1F7D</i> MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO