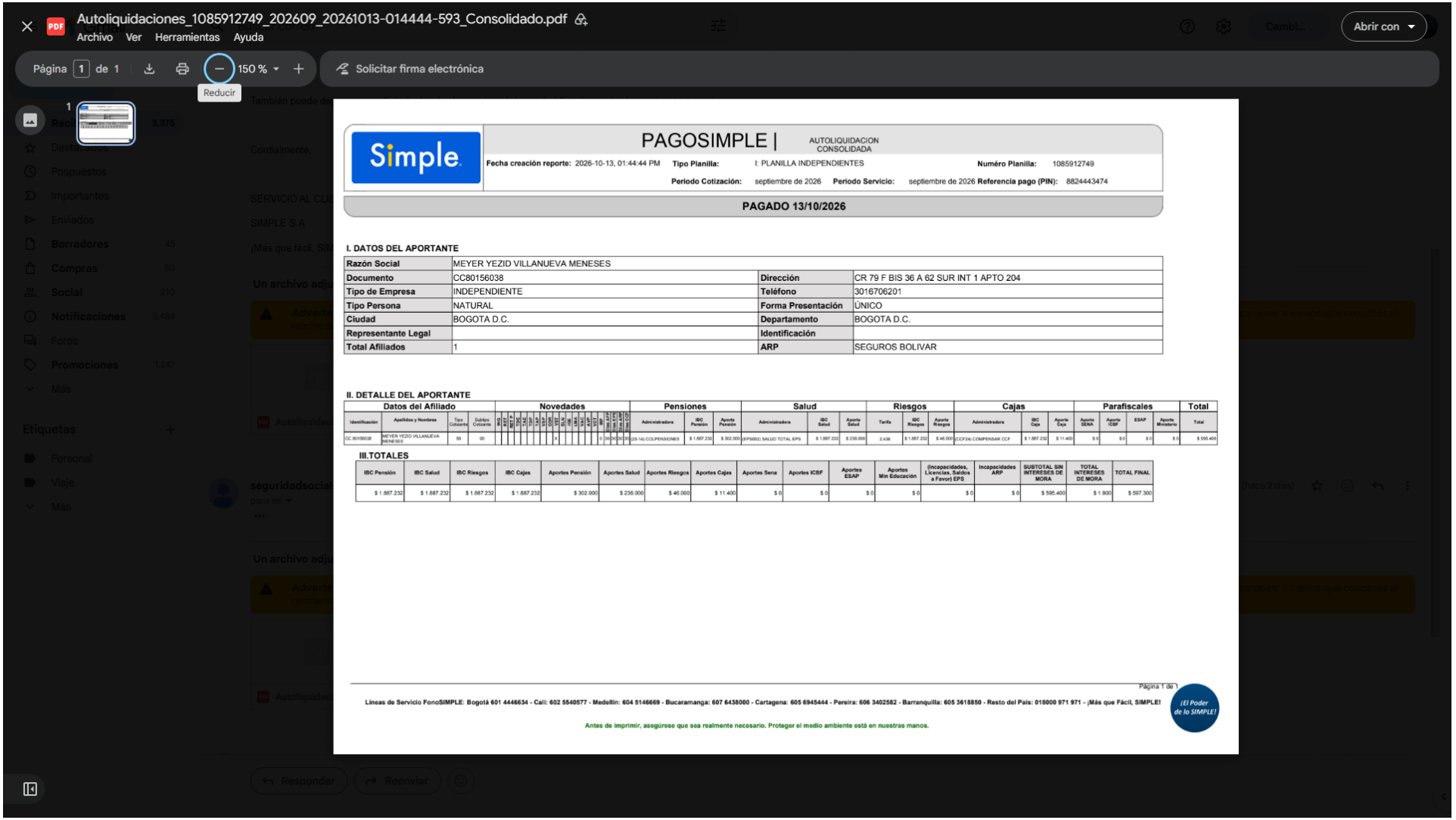
Autoliquidaciones_1085912749_202609_20261013-014444-593_Consolidado.pdf
Archivo Ver Herramientas Ayuda
Página 1 de 1
150 %
Reducir
Solicitar firma electrónica
Abrir con
Simple
PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA
Fecha creación reporte: 2026-10-13, 01:44:44 PM
Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Numéro Planilla: 1085912749
Periodo Cotización: septiembre de 2026
Periodo Servicio: septiembre de 2026
Referencia pago (PIN): 8824443474
PAGADO 13/10/2026
I. DATOS DEL APORTANTE
Razón Social MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
Documento CC80156038
Dirección CR 79 F BIS 36 A 62 SUR INT 1 APTO 204
Tipo de Empresa INDEPENDIENTE
Teléfono 3016706201
Tipo Persona NATURAL
Forma Presentación ÚNICO
Ciudad BOGOTA D.C.
Departamento BOGOTA D.C.
Representante Legal
Identificación
Total Afiliados 1
ARP SEGUROS BOLIVAR
II. DETALLE DEL APORTANTE
Datos del Afiliado
Novedades
Pensiones
Salud
Riesgos
Cajas
Parafiscales
Total
Identificación
Apellidos y Nombres
Tipo Cotizante
Subtipo Cotizante
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 Mineducación
Total
CC 80156038
MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
59
00
(25-14) COLPENSIONES
$ 1.887.232
$ 302.000
(EPS002) SALUD TOTAL EPS
$ 1.887.232
$ 236.000
2.436
$ 1.887.232
$ 46.000
(CCF24) COMPENSAR CCF
$ 1.887.232
$ 11.400
$ 0
$ 0
$ 0
$ 0
$ 595.400
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
$ 1.887.232
$ 1.887.232
$ 1.887.232
$ 1.887.232
$ 302.000
$ 236.000
$ 46.000
$ 11.400
$ 0
$ 0
$ 0
$ 0
$ 0
$ 0
$ 595.400
$ 1.900
$ 597.300
Página 1 de 1
Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!
¡El Poder de lo SIMPLE!
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.
Responder
Reenviar

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES**			**CC:**	**80156038**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MEYER.YEZID@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3016706201**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 79F BIS 36A 62 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04584564721**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1364 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.718.080**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
PS_1364_2026_6BA2C3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
CC: 80156038
CEL: 3016706201

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES			
	CON C.C N°	**80.156.038**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO 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 1364 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.094.080	**No. HORAS EJECUTADAS**	**194**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.276.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.718.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA		

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	1. Diligenciamiento con normatividad vigente de historias clínicas, valoración de primera vez, evolución de sesión tanto a nivel de consulta externa como de interconsulta en los servicios de hospitalización en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente sede en el Hospital Santa Clara. 2. Desarrollo procesos de evaluación diagnostica y de tratamiento como profesional de Psicología a pacientes de diferentes ciclos vitales que ingresan por consulta externa e interconsulta en los servicios hospitalarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente sede Hospital Santa Clara. 3. Realizo orientación y acompañamiento como profesional de Psicología tanto en los servicios de consulta externa como interconsulta a estudiantes de Psicología en proceso de formación de pregrado y postgrado.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1085055022	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES* *PS_1364_2026_6BA2C3* **MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES** **CC: 80156038**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA* *PS_1364_2026_6BA2C3* **MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**