



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-09, 04:52:22 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1085055022
Período Cotización: agosto de 2026 Período Servicio: agosto de 2026 Referencia pago (PIN): 8824370753

PAGADO 09/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES			Dirección	CR 79 F BIS 36 A 62 SUR INT 1 APT0 204
Documento	CC80156038			Teléfono	3016706201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	SEGUROS BOLIVAR
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total		
Identificación	Afiliado y Nombre	Tipo Cotización	Saldo Cotizante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEHA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80156038	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES	SI	00													Administradora	\$ 1.750.905	\$ 280.200	Administradora	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.438	\$ 1.750.905	\$ 42.700	Administradora	\$ 1.750.905	\$ 10.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SEHA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salidas a Feroz EPS	Incapacidades AMP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	\$ 0	\$ 552.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146689 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3818850 - Resto del País: 018000 971 971 - (Más que Fácil, SIMPLE!)

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
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					
N° DEL CONTRATO:	PS 1364 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 4.085.760
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				
<div><div>MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES PS_1364_2026_50B735</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES CC: 80156038 CEL: 3016706201</div>					

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	168	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.278.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.085.760	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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. Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determidos dentro del plan de manejo de suespecialidad, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de u manera oportu y pertinente, en correspondencia con las necesidades de lospacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente			
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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 1084328065	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/12	\$ 223.800	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	\$ 286.400	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/12	\$ 43.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 553.900	
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_50B735

MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
CC: 80156038

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1364_2026_50B735

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
PS_1364_2026_50B735

MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA
SUPERVISOR DEL CONTRATO