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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LUIS ALFREDO PINEDA PÉREZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			11.229.879		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1454 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 29.545.280**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	2 (DOS MESES)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 165.084.252**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 11.448.796**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	13710	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN-DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	**$ 16.803.878**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20914	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 13.849.350**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23799	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 16.660.255**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29082	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 23.174.579**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32927	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 49.026.699**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36458	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 9.653.510**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3754	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46813	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 6.370.701**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	N/A
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	123		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

ITEM	**IV. 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	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE MI ESPECIALIDAD.
2	SE LLEVÓ REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, SE MANTUVIERON ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN. LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DESARROLLADAS QUEDAN REGISTRADAS EN EL MÓDULO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.
3	SE CUMPLIÓ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA.
4	SE PARTICIPÓ EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA.

Elizabeth Coy

5	SE REPORTARON LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DURANTE EL PERIODO CERTIFICADO.
6	SE REALIZARON RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGÚN SE REQUIRIÓ.
7	SE REALIZÓ LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTAN EN EL SERVICIO, SE PARTICIPÓ EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE FUI CONVOCADO Y SE IMPLEMENTARON LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
8	SE IMPARTIERON INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE
9	SE DILIGENCIARON EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE MI ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD.
10	SE REALIZÓ EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCIÓN BRINDADA.
11	SE PRACTICÓ EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS FUE REQUERIDA MI PARTICIPACIÓN.
12	SE INFORMÓ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN.
13	SE EMITIERON LOS CONCEPTOS MÉDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS.
14	MANTUVE COMUNICACIÓN PERMANENTE CON EL LIDER DEL CENTRO DE SALUD OLAYA PARA FACILITAR LAS LABORES DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
15	SE CONOCIERON Y SE DIÓ CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.
16	NO SE REALIZA APOYO A LA ENTIDAD EN ACTIVIDADES, SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, SEGÚN REQUERIMIENTO DEL LÍDER DE SERVICIO O REFERENTE DE PEDIATRÍA.NO FUI REQUERIDO PARA ESTA ACTIVIDAD.
17	NO SE PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA. NO FUI REQUERIDO PARA ESTA ACTIVIDAD.
18	NO SE INFORMÓ AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, NI AL REFERENTE DE PEDIATRÍA, NI AL LIDER DEL CENTRO DE SALUD OLAYA; DADO QUE NO SE PRESENTARON NOVEDADES QUE PUDIESEN AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES, PRESENTADAS DURANTE EL PERIODO CERTIFICADO.
19	SE APOYÓ EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
20	**REALICE EN TOTAL 124 HORAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2024 .** - 24 horas en Hospital San Blas: Servicios de Hospitalizacion y Urgencias. - 100 horas de Consulta Externa en Centro de Salud del Olaya para un promedio de 300 cupos de consultas.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067254770**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS EPS	13/11/2024	$ 625.000
PENSIÓN:	PROTECCION	13/11/2024	$ 800.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024	$ 121.800
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 1.546.800

VI. 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

Luis Alfredo Pinada Perez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 11.229.879
CEL: 3124476454

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALFREDO PINEDA PÉREZ	**CC:**	11229879
		RUT (NIT):	11229879
CORREO ELECTRÓNICO:	lapineda@fucsalud.edu.co	**TELÉFONO:**	3124476454
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 68 # 98 a 29 Unidad 4 Apartamento 208 Conjunto Residencial la Floresta	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del Juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	**SI ( )**	**NO (X)**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR: **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)**	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**44691758521**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1454 2024**	**N° CDP:**	**3754**	**N°. RP:**	**46813**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 165.084.252**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**11.448.796**
	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS					

Luis Alfredo Pineda Pérez.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C 11.229.879

Cel: 3124476454

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LUIS ALFREDO PINEDA PÉREZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**11.229.879**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1454 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/1/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	29. 545.280				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	165. 084.252		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	11. 448.796	
N° PAGO / N° DE INFORME:	12 DE 12	**N° CRP INICIAL:**	13710	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067254770		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 16.803.878	**CDP DE LA**	934	**RP DE LA**	20914	**TIEMPO**	(1 MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 13.849.350	**CDP DE LA**	1261	**RP DE LA**	23799	**TIEMPO**	(1 MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 16.660.255	**CDP DE LA**	1618	**RP DE LA**	29082	**TIEMPO**	(1 MESES 0 DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 23.174.579	**CDP DE LA**	2199	**RP DE LA**	32927	**TIEMPO**	(1 MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 49.026.699	**CDP DE LA**	2606	**RP DE LA**	36458	**TIEMPO**	(3 MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 9.653.510	**CDP DE LA**	3754	**RP DE LA**	46813	**TIEMPO**	(2 MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 6.370.701	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			
IV. 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.

	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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

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



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
CARGO:
DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS.



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL:
ENLACE OPERATIVO DIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS

PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
NIT 11229879-1
Nombre Comercial: PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: AV CRA 68 98 A 29 UNIDAD 4 APARTAMENTO 208
CONJUNTO RESIDENCIAL LA FLORESTA
Teléfono: 3025629
Correo: luigi8310@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.



CUFE:cb5d92b38ccf09ecbd4a49af529ed8bdea9cb9e9eafed51be77f9c149fd6d1f691660394734c6f921df863acb2770407

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP360
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764081416714 de 2024-10-11 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde LAPP 356 hasta LAPP 400
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2024-12-02 05:58:36
Fecha Vencimiento: 2025-01-02
Fecha Dian: 2024-12-02 05:58:55
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900959051-7
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección: DG 34 3 14, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Consignación bancaria

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	PS 1454 2024	Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1454 2024 "Prestar servicios profesionales especializados como pediatra para desarrollar actividades en la dirección de ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.".	94	92,329.00	124.0	11,448,796

Total de lineas: 1

Observaciones:
- Ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de diciembre de 2024 por contrato PS 1454 2024.
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de diciembre de 2024: 124 horas.
- POR FAVOR REALIZAR LAS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR POR IMPUESTOS NACIONALES Y/O DISTRITALES QUE ESTABLEZCA O CREE LA LEY.
- Favor realizar consignación a la cuenta de ahorros Bancolombia: 44691758521

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	11,448,796
SUBTOTAL	11,448,796

TOTAL EN LETRAS ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	11,448,796

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-13, 10:28:40 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067254770
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1048395328
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 1.546.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 800.000	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 625.000	$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 121.800	$ 0
			SubTotales:	$ 1.546.800	$ 0
			Total a Pagar:		$ 1.546.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la