

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA			CC:	1032459726
CORREO ELECTRÓNICO:	RAFAPIN.93@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3108500643
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2B 37B 34			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488408847017

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2105 2025	N° CDP:	0	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/08/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 3.385.632



RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA
PS_2105_2025_88F2C0-2025-07-15 21:16:52

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA

CC: 1032459726

CEL: 3108500643

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

RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA

CON C.C N°

1.032.459.726

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2105 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.570.880	No. HORAS EJECUTADAS	96
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.570.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.385.632
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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	- Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
2	- Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
3	- Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
4	- Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos de las historias clinicas, consentimiento informado reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.
5	- Coordine el area de urgencias de manera integral y cientifica, envíe el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades y gestione la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios y las demas actividades asignadas por la supervisión de contrato.
6	- Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
7	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488764084	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/10	\$ 250.500

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/10	\$ 320.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/10	\$ 48.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 620.000

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	 <p><i>RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA</i> <i>PS_2105_2025_88F2C0-2025-07-15 21:16:52</i></p> <hr/> <p>RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA CC: 1032459726</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ</i> <i>PS_2105_2025_88F2C0-2025-07-16 16:38:58</i></p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032459726		PINEDA RIVERA RAFAEL AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 2B #37B - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1617070545	9488764084	I	2025/07/07	2025/07/10	BANCO DAVIVIENDA	3	\$632,100

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		
1	CC 1032459726	PINEDA RIVERA RAFAEL AUGUSTO	230301	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS005	30	\$2,000,000	\$250,000	CCF24	30	\$2,000,000	\$12,000	14-7	30	\$2,000,000	\$48,800	30	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$2,000,000	\$12,000			\$2,000,000	\$48,800		\$0	\$0		

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$600	\$0	\$320,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$320,000	\$600	\$0	\$320,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$48,800	\$100	\$0	\$48,900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$48,800	\$100	\$0	\$48,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,000	\$100	\$0	\$12,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$12,000	\$100	\$0	\$12,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$500	\$0	\$250,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$250,000	\$500	\$0	\$250,500	
TOTAL				1	\$630,800	\$1,300	\$0	\$632,100	