

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS			CC:	8666249
CORREO ELECTRÓNICO:	RMTZAP@YAHOO.COM			TELÉFONO:	3006566370
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14B 161 59 IN 2 AP 101			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	046105524
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1587 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 15.480.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS PS_1587_2025_BC3C69 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS CC: 8666249 CEL: 3006566370					

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

RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS

CON C.C N°

8.666.249

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1587 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 60.480.000	No. HORAS EJECUTADAS	172
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 164.790.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 15.480.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO

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	1,2,3,4,5,6,7,8,9

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496418951	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/15	\$ 666.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/12/15	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/12/15	\$ 129.790
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 795.790

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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



RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS

PS_1587_2025_BC3C69

RAFAEL IGNACIO MARTINEZ APARICIO RIOS
CC: 8666249

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1587_2025_BC3C69

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



HUGO GERMAN REYES GUERRERO

PS_1587_2025_BC3C69

HUGO GERMAN REYES GUERRERO
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Planilla Resumen

Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8666249			MARTINEZ APARICIO RIOS RAFAEL IGNACIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14B # 161-59 INT 2 APTO 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2698447	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																
EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			Total Aportes					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	dis	lae	ltd	pa	asp	con	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	vac	l	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																
1	CC 8666249	MARTINEZ RAFAEL																														
Total		Afiliados (1)																														

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2007614915	9496418951	I	2025/12/11	2025/12/15	BANCO DE BOGOTA	4	\$797,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$129,800	\$400	\$0	\$130,200
COLMENA		14-25	800,226,175	3	1	\$129,800	\$400	\$0	\$130,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$666,000	\$1,700	\$0	\$667,700
SANTAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$666,000	\$1,700	\$0	\$667,700
TOTAL					1	\$795,800	\$2,100	\$0	\$797,900

Espacio para
Logo Corporativo

Rafael Ignacio Martínez-Aparicio
Ríos
NIT 8.666.249-
Carrera 14B # 161-59 Int. 2 Apto 101
Tel: (031) 3006566370
Bogotá - Colombia
rmtzap@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. R 420

Señores	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	Diagonal 34 # 5-43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	20/12/2025, 19:07
Expedición	20/12/2025, 19:07
Vencimiento	20/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Servicios profesionales en salud	1.00	15,480,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Quince millones cuatrocientos ochenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 15,480,000.00

Observaciones:
CONTRATO 1587 2025
SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS ENTRE EL 01 Y EL 31 DICIEMBRE 2025

Total Bruto	15,480,000.00
Total a Pagar	15,480,000.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764077008257 aprobado en 20240812 prefijo R desde el número 401 al 450 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación Tarifa
CUFE: 3a23b55c4183286d81ac72c2fcd1d81c64760f621206078e7bc6501a638ac629202d0f39d7330eb72ae1fcc0af2211d

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - NIT 830.048.145-8, Nombre Software: Siigo Nube, Firma electrónica: ver en el XML