

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA		CC:	93341807	
CORREO ELECTRÓNICO:	PEDROFGIRALDO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3002644366	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18A SUR N° 12D - 27		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102608866

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4916 2025	N° CDP:	1799	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/18	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						\$ 13.800.000



PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA
PS_4916_2025_3C2149-2025-07-14 16:07:14

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA

CC: 93341807

CEL: 3002644366

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

PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA

CON C.C N°

93.341.807

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 4916 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/02/18
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 33.580.000	No. HORAS EJECUTADAS	120
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 69.000.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 13.800.000
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN

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)

ITEM	SE REALIZARON TODAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EN LOS TURNOS ASIGNADOS CUMPLIENDO A CABALIDAD TODOS LOS COMPROMISOS CONTRACTUALES
-------------	--

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° 7974611087	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/10	\$ 1.343.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/10	\$ 1.827.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/10	\$ 261.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.433.200

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



PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA
PS_4916_2025_3C2149-2025-07-14 16:07:14

PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA
CC: 93341807

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_4916_2025_3C2149-2025-07-16 21:50:56

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN
PS_4916_2025_3C2149-2025-07-17 22:42:17

SAUL ARDILA DURAN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93341807
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 18A SUR N° 12D 27 TELÉFONO:	5618550
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7995098959	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	3	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1984916714

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 1.854.800
SUBTOTAL:					1	\$ 1.854.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR			1	\$ 1.363.600
SUBTOTAL:					1	\$ 1.363.600
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 265.900
SUBTOTAL:					1	\$ 265.900

VALOR SIN MORA:	\$ 3.477.400
VALOR MORA:	\$ 6.900
TOTAL PAGADO:	\$ 3.484.300

ANEXAR DOCUMENTO

Para anexar un documento puede hacer clic en "Buscar documento" o arrastrar y soltar el documento en esta página
Buscar documento

Archivo	Descripción	Progreso
PS 4916 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4916 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	DOCUMENTO ANEXO

Anexar

Cerrar

Consulte la [Lista de tipos de archivos permitidos en el SECOP](#)
Recomendaciones al anexar un documento

- Convertir los documentos a formato PDF.
- Comprimir el tamaño del documento (por ejemplo .zip).
- Cargar los documentos desde una ubicación localizada en su computador, en caso contrario el tiempo de carga puede ser superior al normal.
- Definir en los documentos el área de impresión.
- Proteger documentos confidenciales asignando una contraseña.