

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ		CC:	11229879	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAPINEDA@FUCSALUD.EDU.CO		TELÉFONO:	3124476454	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 68 98A 29		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	44691758521

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1044 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 12.372.086
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		



LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
PS_1044_2025_2B5DD6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ

CC: 11229879

CEL: 3124476454

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

LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ

CON C.C N° 11.229.879

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1044 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 62.783.720	No. HORAS EJECUTADAS	134
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 175.948.298	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.372.086
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
--	------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ
-------------------------------	-----------------------

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 | REALICE LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI ESPECIALIDAD |
| 2 | LLEVE REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION |
| 3 | CUMPLI CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA |
| 4 | PARTICIPE EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL AREA |
| 5 | REPORTE LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 6 | REALICE RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIRIO |
| 7 | NOTIFIQUE LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTARON EN EL SERVICIO, PARTICIPE EN LOS ANALISIS A LOS QUE FUI CONVOCADO E IMPLEMENTE LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO |
| 8 | IMPARTI INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE |
| 9 | DILIGENCIE EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. |
| 10 | DILIGENCIE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA. |
| 11 | PRACTIQUE EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIRIO MI PARTICIPACION. |
| 12 | INFORME AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION. |
| 13 | EMITI CONCEPTOS MEDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS |
| 14 | APOYE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 15 | CONOCI Y DI CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. |
| 16 | APOYE A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACINADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES. |
| 17 | PARTICIPE EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOSASISTENCIALES DEL AREA |
| 18 | INFORME AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. |
| 19 | APOYE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| 20 | REALICE EN TOTAL: 134 HORAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 2025 .
- 24 horas en Hospital San Blas: Servicios de Hospitalización.
- 110 horas de Consulta Externa en Centro de Salud del Olaya para un promedio de 330 cupos de consultas |

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° 1077498501	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/18	\$ 625.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/18	\$ 800.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/18	\$ 121.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.546.800

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	 <i>LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ</i> <i>PS_1044_2025_2B5DD6</i> <hr/> LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ CC: 11229879
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ELIZABETH COY JIMENEZ</i> <i>PS_1044_2025_2B5DD6</i> <hr/> ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO



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	2025-12-18, 05:34:28 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077498501
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2018403907
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 1.546.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses 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



PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO

NIT 11229879-1

Nombre Comercial: PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO

Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA

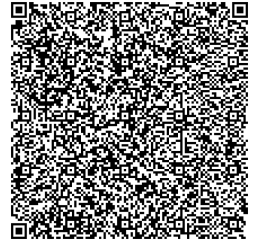
Actividad Económica CIU Nro. 8621

Dirección: CL 22 B 54 21 TO 2 AP 201 CON RESERVA DEL SALITRE
BRR SALITRE ORIENTAL

Teléfono: 3124476454

Correo: luigi8310@gmail.com

Ciudad: BOGOTÁ D.C.



CUFE:864860575adc4b92164532b07cd010a70e9e12237925dbcf4512b2e4809470c1c1528d3d637f0cc952655df9414b5882

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP385

Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN

Nro. 18764100163980 de 2025-10-16 Vigencia 6 Meses

Rango Autorizado desde LAPP 380 hasta LAPP 400

Tipo Documento: Factura electrónica de Venta

Tipo Operación: Estándar

Fecha Facturación: 2025-12-18 05:25:53

Fecha Vencimiento: 2025-12-18

Fecha Dian: 2025-12-18 05:26:13

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.co

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 1044 2025	Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No.PS 1044 2025 "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	134.0	12,372,086.00

Total de lineas: 1

Observaciones:

- Ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de diciembre de 2025 por contrato PS 1044 2025.
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de diciembre de 2025 : 134 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	12,372,086.00
SUBTOTAL	12,372,086.00

TOTAL EN LETRAS DOCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHENTA Y SEIS PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	12,372,086.00
--------------------	---------------