

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

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:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
PS_1044_2025_18B46D

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:	\$ 153.789.338	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 12.372.086
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 | REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE SU ESPECIALIDAD |
| 2 | LLEVAR 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 | CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA |
| 4 | PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL AREA |
| 5 | REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 6 | REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA |
| 7 | NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO |
| 8 | IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE |
| 9 | DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD |
| 10 | DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA |
| 11 | PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION |
| 12 | INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION |
| 13 | EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN |
| 14 | APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 15 | CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. |
| 16 | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. |
| 17 | PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA |
| 18 | INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. |
| 19 | APOYAR 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1076549947	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/25	\$ 704.100
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/25	\$ 901.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/25	\$ 137.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.742.600

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	 LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ PS_1044_2025_18B46D <hr/> LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ CC: 11229879
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ELIZABETH COY JIMENEZ PS_1044_2025_18B46D <hr/> ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

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.

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	2025-11-25, 11:26:13 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1076549947
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1956078375
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 1.742.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 898.300	\$ 2.900
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 701.800	\$ 2.300
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 136.800	\$ 500
SubTotales:				\$ 1.736.900	\$ 5.700
Total a Pagar:					\$ 1.742.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

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 veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO

NIT 11229879-1

Nombre Comercial: PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO

Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA

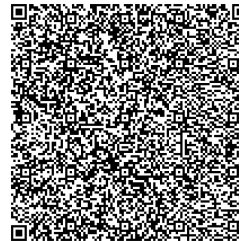
Actividad Económica CIU Nro. 8621

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:9d71d6492355c2849083a4e775ce745a30a99f9ba7e50fcd1ba7dac26fb3ab130fd1bc99e5cdd659e9c081d5202612b3

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP383

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: 2025-11-25 23:39:40

Fecha Vencimiento: 2025-12-24

Fecha Dian: 2025-11-25 23:39:59

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 30 de noviembre de 2025 por contrato PS 1044 2025.

- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 30 de noviembre 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
--------------------	---------------