

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

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

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 8275 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 3.279.831
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/12/17	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/12/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/12/18 AL 2025/12/31		



RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA  
PS\_8275\_2025\_E6E124

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

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 8275 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/12/17</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.279.831	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>93</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 3.279.831	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.279.831
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	QUINCE (15) DIAS
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	GUILLERMO RUBIO GUIZA
-------------------------------	-----------------------

**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	Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano.
2	Ejecuté las atenciones de manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
3	Orienté todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica hacia el mejoramiento de la salud del paciente.
4	Brindé una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente personalizado y humanizado.
5	Cumplí con el principio de equidad, haciendo énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención.
6	Apliqué los estándares de habilitación y acreditación vigentes en cada intervención.
7	Realicé las actividades según las necesidades de la Subred, dando cobertura en todas las unidades donde se prestó el servicio y fue requerido.
8	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.
9	Diligencié los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas.
10	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y solicitudes de la supervisión.
11	Presté el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato.
12	Emití los conceptos médicos requeridos durante la prestación del servicio.
13	Respeté los derechos del paciente y cumplí estrictamente el código de ética médica.

**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 (2025-12-18) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 9496276905	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANITAS	2025/12/11	\$ 341.300
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	2025/12/11	\$ 436.900

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	\$ 66.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 844.800
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			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA PS_8275_2025_E6E124 <hr/> <b>RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA</b> <b>CC: 1032459726</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_8275_2025_E6E124 <hr/> <b>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_8275_2025_E6E124 <hr/> <b>GUILLERMO RUBIO GUIZA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>		

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,720,000	\$435,200			\$2,720,000	\$340,000			\$2,720,000	\$16,400			\$2,720,000	\$66,300			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,720,000	\$435,200			\$2,720,000	\$340,000			\$2,720,000	\$16,400			\$2,720,000	\$66,300			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$2,720,000	\$435,200			\$2,720,000	\$340,000			\$2,720,000	\$16,400			\$2,720,000	\$66,300			\$0	\$0
1	CC 1032459726	PINEDA RIVERA RAFAEL AUGUSTO	230301	30	\$2,720,000	\$435,200	EPS005	30	\$2,720,000	\$340,000	CCF24	30	\$2,720,000	\$16,400	14-7	30	\$2,720,000	\$66,300	30	\$0	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,720,000	\$435,200			\$2,720,000	\$340,000			\$2,720,000	\$16,400			\$2,720,000	\$66,300			\$0	\$0

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	1998287335	9496276905	I	2025/12/05	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	6	\$861,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$435,200	\$1,700	\$0	\$436,900
PORVENIR	230301		800,224,808	8	1	\$435,200	\$1,700	\$0	\$436,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$66,300	\$300	\$0	\$66,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7		860,002,503	2	1	\$66,300	\$300	\$0	\$66,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$16,400	\$100	\$0	\$16,500
COMPENSAR	CCF24		860,066,942	7	1	\$16,400	\$100	\$0	\$16,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$340,000	\$1,300	\$0	\$341,300
SANITAS	EPS005		800,251,440	6	1	\$340,000	\$1,300	\$0	\$341,300
<b>TOTAL</b>					<b>1</b>	<b>\$857,900</b>	<b>\$3,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$861,300</b>