

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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	\$ 14.403.324
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ  
PS\_1044\_2025\_43A5B8

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.

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 62.783.720	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>156</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 191.551.899	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 14.403.324
---	----------------	--	---------------

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

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ELIZABETH COY JIMENEZ

**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: 156 HORAS DURANTE EL MES DE ENERO DE 2026 . - 24 horas en Hospital San Blas: Servicios de Hospitalización. - 132 horas de Consulta Externa en Centro de Salud del Olaya para un promedio de 396 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.**

<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------	-----------------------------------	-----------	-----------

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 1078096807	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/27	\$ 627.300
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/27	\$ 803.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/27	\$ 122.300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 1.552.600</b>


**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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>	 <i>LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ</i> <i>PS_1044_2025_43A5B8</i> <hr/> <b>LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ</b> <b>CC: 11229879</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <i>ELIZABETH COY JIMENEZ</i> <i>PS_1044_2025_43A5B8</i> <hr/> <b>ELIZABETH COY JIMENEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>
--	---

**PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO**

**NIT 11229879-1**

**Nombre Comercial:** PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO

**Régimen:** NO RESPONSABLE DE IVA

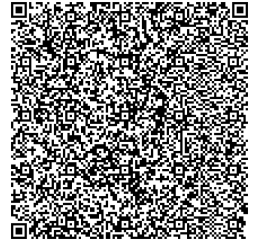
**Actividad Económica CIU Nro.** 8621

**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:**c1bef2f4209d23761ce8980040a8ae82549d2a579305ac498f7bc3118120cb76b6fefe91c891b313fc35fa0ed00c9787

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP387**

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:** 2026-01-27 05:20:03

**Fecha Vencimiento:** 2026-02-27

**Fecha Dian:** 2026-01-27 05:20:27

**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	156.0	14,403,324.00

Total de lineas: 1

**Observaciones:**

- Ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de enero de 2026 por contrato PS 1044 2025.
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de enero de 2026 : 156 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

<b>TOTAL BRUTO</b>	14,403,324.00
<b>SUBTOTAL</b>	14,403,324.00

**TOTAL EN LETRAS** CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS COLOMBIANOS

<b>TOTAL VENTA</b>	14,403,324.00
--------------------	---------------

## 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	2026-01-27, 05:30:08 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1078096807
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	11364502
Banco	(1809) - NU
Valor	\$ 1.552.600
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	\$ 800.000	\$ 3.000
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 625.000	\$ 2.300
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 121.800	\$ 500
<b>SubTotales:</b>				\$ 1.546.800	\$ 5.800
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 1.552.600