

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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 DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102608866

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4916 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.520.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/02/18	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA  
PS\_4916\_2025\_786125

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4916 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/02/18</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 33.580.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>48</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 110.975.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.520.000
---	----------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOCE (12) MESES
--	-----------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1

1. Se realizaron las actividades , procedimientos diagnósticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de anestesiología 2. Se brindo una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, asi como sugerir cambios o modificaciones que puedan unificar criterios a fin de realizar una atencion integral adecuada y de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. 3. Se realizo las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 4. Se informo a los pacientes y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, 5. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita 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. 6. se respetaron los derechos del paciente, cumpliendo el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion. 7. Se realizó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 8. Se emitieron conceptos medicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 9. Se diligenciaron en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. 10. Se garantizo la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos. 11. Se utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. 12. Se reporto al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 13. Se mantuvo la seguridad de los equipos que se encuentren bajo custodia. 14. Se apoyo la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 15. Se presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eapb. 16. Se notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion al paciente y apoyar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 17. se apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud. 18. Se asistió a las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites 19. Se informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones 20. Se facilito las labores de supervision, evaluacion y control que la subred realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros. 21. se acredito r inscripcion en el rethus, mipres y ruaf, soportar de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pension y riesgos laborales. Se porto el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales. 22. Se presto prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades

**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° 7998126260	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/07	\$ 1.123.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/07	\$ 1.528.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/07	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.651.400</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>	 <u>PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA</u> PS_4916_2025_786125 <b>PEDRO FERNANDO GIRALDO MONTOYA</b> <b>CC: 93341807</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <u>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS</u> PS_4916_2025_786125 <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>	 <u>SAUL ARDILA DURAN</u> PS_4916_2025_786125 <b>SAUL ARDILA DURAN</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>
--	---

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:	<b>7998126260</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	2	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2066281539

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	\$ 1.528.000
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 1.528.000</b>
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 1.123.400
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 1.123.400</b>
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 219.000
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 219.000</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 2.866.700</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 3.700</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 2.870.400</b>