

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 8275 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.771.264
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA
PS_8275_2025_F555F1

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

OBJETO DEL CONTRATO:	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.
-----------------------------	--

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.279.831	No. HORAS EJECUTADAS	192
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.051.095	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.771.264
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
--	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	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	Generé un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolví inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
10	Diligencié los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas.
11	Mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente.
12	Registré la información necesaria para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
13	Respeté los derechos del paciente y cumplí estrictamente el código de ética médica.
14	Acaté las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios donde presté la atención.
15	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación.
16	Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
17	Emití los conceptos médicos requeridos durante la prestación del servicio.
18	Realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y demás documentos asistenciales o administrativos solicitados.
19	Diligencié de forma completa, oportuna, sistematizada y legible los formatos, historia clínica y consentimientos informados.
20	Elaboré reportes de estudios y registros de mi actuar de acuerdo con la normatividad vigente y procedimientos de auditoría.
21	Respaldé con mi firma todas las actuaciones realizadas al paciente.
22	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos bajo mi responsabilidad.
23	Utilicé de manera adecuada los equipos, elementos, instalaciones y recursos aportados por la Subred.

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9497830069	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/13	\$ 322.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/13	\$ 413.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/13	\$ 62.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 798.900

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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p>RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA PS_8275_2025_F555F1</p> <hr/> <p>RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA CC: 1032459726</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_8275_2025_F555F1</p> <hr/> <p>DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p>GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_8275_2025_F555F1</p> <hr/> <p>GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

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 182 # 45-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2078285985	9497830069	I	2026/01/08	2026/01/13	BANCO DAVIVIENDA	5	\$817,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
1	CC 1032459726	PINEDA RIVERA RAFAEL AUGUSTO	230301	30	\$2,582,000	\$413,200	EPS005	30	\$2,582,000	\$322,800	CCF24	30	\$2,582,000	\$15,500	14-7	30	\$2,582,000	\$62,900	30	\$0	\$0	
Total	Afiliados(1)				\$2,582,000	\$413,200			\$2,582,000	\$322,800			\$2,582,000	\$15,500			\$2,582,000	\$62,900		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$413,200	\$1,300	\$0	\$414,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$413,200	\$1,300	\$0	\$414,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$62,900	\$200	\$0	\$63,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$62,900	\$200	\$0	\$63,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,500	\$100	\$0	\$15,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$15,500	\$100	\$0	\$15,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$322,800	\$1,000	\$0	\$323,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$322,800	\$1,000	\$0	\$323,800
TOTAL				1	\$814,400	\$2,600	\$0	\$817,000