

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
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 1998 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 14.993.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ PS_1998_2026_0A5A93 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 COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1998 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 63.722.800	No. HORAS EJECUTADAS	160
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 63.722.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 14.993.600
--	---------------	---	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA
---	-----------------------

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	1. REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI ESPECIALIDAD.
2	LLEVÉ EL REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTUVE 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	CUMPLÍ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA.
4	PARTICIPÉ EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL AREA.
5	REPORTÉ LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
6	REALICÉ RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIRIÓ.
7	NOTIFIQUÉ LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTARON EN EL SERVICIO, PARTICIPÉ EN LOS ANALISIS A LOS QUE FUI CONVOCADO E IMPLEMENTÉ LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
8	IMPARTÍ INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE.
9	DILIGENCIÉ EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE MI ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD.
10	DILIGENCIÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA.
11	PRACTIQUÉ EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERIÓ MI PARTICIPACION.
12	INFORMÉ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION.
13	EMITÍ CONCEPTOS MEDICOS QUE ME FUERON REQUERIDOS.
14	APOYÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
15	CONOCÍ Y DÍ CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS APOYÉ LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.
16	. APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDO SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS ABLIGACIONES CONTRACTUALES.
17	PARTICIPÉ EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA.
18	INFORMÉ AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTARA EL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES.
19	APOYÉ 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: 160 HORAS DURANTE EL MES DE DE 2026 . - 24 HORAS EN HOSPITAL SAN BLAS: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION. - 136 HORAS DE CONSULTA EXTERNA EN CENTRO DE SALUD DEL OLAYA: - PARA UN PROMEDIO DE 408 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1081406091	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/27	\$ 715.600
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/27	\$ 916.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/27	\$ 139.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.771.100

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 afiliación 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <i>LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ</i> <i>PS_1998_2026_0A5A93</i> LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ CC: 11229879
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>ELIZABETH COY JIMENEZ</i> <i>PS_1998_2026_0A5A93</i> ELIZABETH COY JIMENEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
NIT 11229879-1
Nombre Comercial: PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA
Actividad Económica CIIU 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:51251637c692fc53a00094592b802899ca60bcb0e8e3aef251d6c66ddc9720f63f784bd7fc6c8a312871fff239dd066a

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP395

Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN

Nro. 18764108593995 de 2026-04-17 Vigencia 6 Meses

Rango Autorizado desde LAPP 392 hasta LAPP 400

Tipo Documento: Factura electrónica de Venta

Tipo Operación: Estándar

Fecha Facturación: 2026-05-27 08:08:38

Fecha Vencimiento: 2026-06-26

Fecha Dian: 2026-05-27 08:08:57

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 1998 2026	Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1998 2026 "PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E."	94	93,710.00	160.0	14,993,600.00

Total de líneas: 1

Observaciones:

- Ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de MAYO de 2026 por contrato PS 1998 2026
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 31 de MAYO de 2026 de 2026: 160 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	14,993,600.00
SUBTOTAL	14,993,600.00

TOTAL EN LETRAS CATORCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	14,993,600.00
--------------------	---------------



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	2026-05-27, 08:02:24 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081406091
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	339686942
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 1.771.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 912.000	\$ 4.000
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 712.500	\$ 3.100
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 138.900	\$ 600
SubTotales:				\$ 1.763.400	\$ 7.700
Total a Pagar:					\$ 1.771.100

