

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
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 1651 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.084.740	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA PS_1651_2026_47F366 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 COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1651 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 28.338.960	No. HORAS EJECUTADAS	186
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 47.498.230	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.084.740
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA

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	Realicé la búsqueda activa de posibles donantes de órganos y tejidos mediante visitas presenciales en áreas críticas.
2	Indagué con el personal asistencial (médicos, enfermeras y otros profesionales) sobre pacientes potenciales.
3	Realicé un seguimiento discreto y estrecho de pacientes con lesión encefálica grave, muerte encefálica o diagnóstico de Parada Cardiorrespiratoria (PCR).
4	Identifiqué y detecté posibles donantes bajo los criterios clínicos y legales vigentes.
5	Notifiqué oportunamente los casos detectados a las instancias correspondientes de la red.
6	Consulté el Registro Nacional de Donantes para verificar la voluntad de los potenciales donantes.
7	Verifiqué de manera rigurosa las condiciones clínicas para el diagnóstico de Muerte Encefálica.
8	Ejecuté acciones conjuntas con el equipo tratante encaminadas al mantenimiento hemodinámico y clínico del donante.
9	Realicé la entrevista familiar para el abordaje del proceso de donación y apoyo en duelo.
10	Efectué el registro de alertas en el sistema RedDataINS©.
11	Lideré la legalización del proceso de donación cumpliendo con la normatividad técnica y legal.
12	Brindé apoyo logístico durante el rescate de componentes anatómicos en la institución.
13	Mantuve comunicación permanente (24 horas) con los profesionales de las IPS Trasplantadoras y el equipo de Gestión Operativa de la Secretaría Distrital de Salud - CRN1-RDT.
14	Realicé la retroalimentación constante a la CRN1-RDT y a la Coordinación Nacional de la Red de Donación a través de los sistemas de información institucionales.
15	Atendí y recibí las visitas de auditoría técnica llevadas a cabo por la Coordinación Regional No. 1.
16	Participé activamente en la ejecución del Programa de Garantía de la Calidad Hospital Generador de Vida.
17	Gestioné componentes de promoción, gestión operativa de la donación (GOD), auditoría y estadística.
18	Realicé el seguimiento de indicadores del proceso, facturación y registros administrativos derivados de la actividad.
19	Diligencié los registros de las atenciones, procedimientos y actividades realizadas durante el proceso de coordinación.
20	Mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente.
21	Aseguré el registro de todos los soportes necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación de 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9506173663	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	\$ 470.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 602.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 91.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.164.900
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 ningún 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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA PS_1651_2026_47F366 RAFAEL AUGUSTO PINEDA RIVERA CC: 1032459726	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1651_2026_47F366 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA PS_1651_2026_47F366 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	378560921		9506173663	I	2026/06/05	2026/06/10	BANCO DAVIVIENDA	\$1,187,600

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	Código	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1032459726	PINEDA RIVERA RAFAEL AUGUSTO	230301	30	\$3,750,905	\$600,200	EPS005	30	\$3,750,905	\$468,900	CCF24	30	\$3,750,905	\$22,600	14-7	30	\$3,750,905	\$91,400	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$3,750,905	\$600,200			\$3,750,905	\$468,900			\$3,750,905	\$22,600			\$3,750,905	\$91,400		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$600,200	\$2,200	\$0	\$602,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$600,200	\$2,200	\$0	\$602,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$91,400	\$400	\$0	\$91,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$91,400	\$400	\$0	\$91,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,600	\$100	\$0	\$22,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$22,600	\$100	\$0	\$22,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$468,900	\$1,800	\$0	\$470,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$468,900	\$1,800	\$0	\$470,700
TOTAL				1	\$1,183,100	\$4,500	\$0	\$1,187,600