SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2026)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1998 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 13.962.790**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
PS_1998_2026_44500B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CC: 11229879
CEL: 3124476454

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

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**	**149**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 125.196.560	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 13.962.790
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	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: 149 HORAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2026. - 12 HORAS EN HOSPITAL SAN BLAS: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION. - 137 HORAS DE CONSULTA EXTERNA EN CENTRO DE SALUD DEL OLAYA - PARA UN PROMEDIO DE 411 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084600185	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/18	$ 606.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/18	$ 776.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/18	$ 118.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.501.700

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ* *PS_1998_2026_44500B* **LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ** **CC: 11229879**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ELIZABETH COY JIMENEZ* *PS_1998_2026_44500B* **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:42f628bb24075dae897ee4c2d76cb7905d64933181464899195e5bf2a368d3a868c307f1a3207b15129583ac6c765b8c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP403
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN Nro. 18764114406012 de 2026-08-24 Vigencia 24 Meses
Rango Autorizado desde LAPP 401 hasta LAPP 500
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2026-09-22 13:32:36
Fecha Vencimiento: 2026-10-22
Fecha Dian: 2026-09-22 13:32:55
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	149.0	13,962,790.00

Total de lineas: 1

Observaciones:
- Ejecución de servicios médicos del 01 al 30 de septiembre de 2026 por contrato PS 1998 2026
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2026: 149 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	13,962,790.00
SUBTOTAL	13,962,790.00

TOTAL EN LETRAS TRECE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	13,962,790.00

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	2026-09-18, 01:49:42 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2026
Empresa	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229879
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1084600185
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	666122761
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 1.501.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 776.000	$ 600
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 606.300	$ 500
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 118.200	$ 100
		SubTotales:		$ 1.500.500	$ 1.200
		Total a Pagar:			$ 1.501.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!