

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS		CC:	80110695	
CORREO ELECTRÓNICO:	NELSONMET73@YAHOO.ES		TELÉFONO:	3115186105	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 93 BIS 77 09		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	451870011306

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1722 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 11.950.625
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

PS\_1722\_2025\_1BE281

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

CC: 80110695

CEL: 3115186105

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS**

**CON C.C N°**

**80.110.695**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUROCIRUJANO 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 1722 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 44.360.720	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>125</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 160.094.425	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 11.950.625
---	----------------	--	---------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRECE (13) MESES

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

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** SAUL ARDILA DURAN

**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)**

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>
1	Como profesional en neurocirugía debe estudiar, diagnosticar y tratar oportunamente patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un enfoque ético, científico y humano. Su labor incluye brindar atención integral y segura, cumplir con protocolos y normativas vigentes, mantener registros clínicos completos y participar activamente en procesos de calidad, formación, seguridad del paciente y supervisión institucional, asegurando siempre la protección de la información, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del paciente.

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 7998846311	<b>OPERADOR:</b>	SOI
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 1.066.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 1.450.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.517.500</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 ibr 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**



*NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS*

*PS\_1722\_2025\_1BE281*

**NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS**

**CC: 80110695**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1722\_2025\_1BE281*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*SAUL ARDILA DURAN*

*PS\_1722\_2025\_1BE281*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

NO EXISTEN RESULTADOS QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CALIFICACIÓN ESTABLECIDOS

#### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	1. PS 1722 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025 .pdf	1. PS 1722 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	2. PS 1722 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1722 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	3.PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	4. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	5. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	6. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	1 PS 1722 2025 CRP-6335.pdf	1 PS 1722 2025 CRP-6335.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	2 PS 1722 2025 CRP-13482.pdf	2 PS 1722 2025 CRP-13482.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	7. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf	7. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 (2).pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/>	3 PS 1722 2025 CRP-18941.pdf	3 PS 1722 2025 CRP-18941.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/>	8. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/>	9. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/>	10. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/>	11. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1722 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80110695
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 83 BIS 77 09 TELÉFONO:	2282024
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 02 - FUNDA. HOSPITAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7998846311</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1999250684

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 1.450.800
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 1.450.800</b>
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 1.066.700
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 1.066.700</b>
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 207.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 207.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 2.725.400</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 2.725.400</b>



# Factura Electrónica De Venta No. FEMC 257

Ver. UBL 2.1

**Forma de Pago:** Contado  
**Medio de Pago:** Consignación Bancaria  
**Moneda:** COP  
**Total de Lineas:** 1

**Fecha de Validación:** 18/12/2025 11:12 AM  
**Fecha de Generación:** 18/12/2025 11:12 AM  
**Responsabilidad Fiscal:** R-99-PN No responsable  
**Responsabilidad Tributaria:** ZZ - No Aplica (49) No responsable de IVA

**Emisor :** DR. NELSON MONROY C  
**Razón Social:** NELSON MONROY C  
**NIT:** 80110695  
**Teléfono:** + (57) 311 5186105  
**Correo Electrónico:** drnelsonmonroy@gmail.com  
**Dirección:** DG 83 BIS 77 09  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**Municipio:** BOGOTÁ, D.C.

**Receptor :** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE  
**Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE  
**NIT:** 900959051  
**Teléfono:** N/A  
**Correo Electrónico:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co  
**Dirección:** DG 34 # 5 43  
**Responsabilidad Tributaria:** ZZ - No Aplica  
**País:** Colombia  
**Departamento:** BOGOTÁ, D.C.  
**Municipio:** BOGOTÁ, D.C.



#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA%	IVA	Total
1	01	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA	MES DE DICIEMBRE DE 2025	1	cada	11,950,625	11,950,625	0	0	11,950,625

#### Detalles:

Son: ONCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS  
Actividad económica 8621. Tarifa ICA 9.66\* 1000. Servicios excluidos de IVA. Para dar cumplimiento al decreto 2231 de diciembre de 2023, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que SI me voy a descontar costos y gastos procedentes a mi actividad económica al finalizar el año en mi declaración de renta

#### CUFE :

358ae46ef964972bb9dedd9c82d12c13ef207cb25f79b82ee584ab910f5c1e84f34e171dc5e27d284c61080e1cb962a5

#### Detalle de Venta

<b>Subtotal :</b>	COP 11,950,625
<b>Descuento :</b>	COP 0
<b>Monto Bruto :</b>	COP 11,950,625
<b>Monto IVA :</b>	COP 0
<b>Total Venta:</b>	COP 11,950,625
<b>Total:</b>	COP 11,950,625

Autorizado DIAN para la Facturación Electrónica mediante la resolución N° 18764100489045 entre los rangos de Facturación del 251 al 300 usando el prefijo FEMC con vigencia entre las fechas 2025-10-23 al 2027-10-23.

Generada por: <https://facto.co>