aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18616366		FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 23 # 66-39 Int 3 Apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3881418	Si

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$9,232,704	$1,569,700			$9,232,704	$1,154,100			$0	$0			$9,232,704	$225,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$9,232,704	$1,569,700			$9,232,704	$1,154,100			$0	$0			$9,232,704	$225,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$9,232,704	$1,569,700			$9,232,704	$1,154,100			$0	$0			$9,232,704	$225,000		$0	$0
1	CC	18616366	FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL	230201	30	$9,232,704	$1,569,700	EPS010	30	$9,232,704	$1,154,100		0	$0	$0	14-7	30	$9,232,704	$225,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$9,232,704	$1,569,700			$9,232,704	$1,154,100			$0	$0			$9,232,704	$225,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998898520	9496285179	I	2025/12/16	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,948,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,569,700	$0	$0	$1,569,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,569,700	$0	$0	$1,569,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,154,100	$0	$0	$1,154,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,154,100	$0	$0	$1,154,100
TOTAL				**1**	**$2,948,800**	**$0**	**$0**	**$2,948,800**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. PS 1701 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1701 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1701 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1701 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1701 2025 CRP-6317.pdf	1 PS 1701 2025 CRP-6317.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1701 2025 CRP-13476.pdf	2 PS 1701 2025 CRP-13476.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1701 2025 CRP-18925.pdf	3 PS 1701 2025 CRP-18925.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS_1701_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS_1701_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

NIT: 18616366-0
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 23 66 39 IN 3 AP 501, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6013881418

JUAN MANUEL

FLOREZ VALENCIA

Autorización facturación electrónica No. 18764096521331 válida desde 2025-08-02 hasta 2026-02-02 rango desde ELEC166 hasta ELEC300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959051
Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección:	Diagonal 34 Nº 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3282828
Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	ELEC182
Fecha Emisión	11/12/2025 08:45:04-05:00
Fecha Vencimiento	
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS MEDICOS 270 HORAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2025 COMO CIRUJANO GENERAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.	WSD	1,00	$23.081.760,00				0,00	$23.081.760,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$23.081.760,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$23.081.760,00

CUFE:	760f814d68f31c5ef55e539220bd8765f3b3ba875d8610224a3d1c4d961f41bd5f05d771d6fe6a61320f0a576ba2004a
Total con letra:	(veintitres millones ochenta y un mil setecientos sesenta pesos)

Firma Digital: bx0tPTNrjuKdF3C69RVtTrU4v+X7cpxuy4F2FUoV7XGTmtq3BaQiOOExmVSSS1ex
OPNk+CWkHS/bPOqhzyhzAA5ijcIP62cfRQ+/m3n7Sd+Jv9qmTa
tXCpYRes6UkYkx InvY9xU9HTBVIXFNlaUYf6KmZol2CZb4bD92c/bvYEqzsnSJlzAuxCk+TXbCyFwW +x/gnAljLUu1cgBvrgWo89FKWhrQuzjL43e
Oh2NY+VR6+OSncGN8A9laOZrrlzIF 16zbTMa1FpMeJ416wNGdMRvjfndqRbgPsydY8hZ85CbeDcVPgCT7a9wFnt6uGEcP Emw5WqmdxWCbpb4SwWjP
WA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**			**CC:**	**18616366**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JMFLOREZ@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3138847959**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 23 66 39 TO 3 AP 501**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**005570369586**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1701 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 23.081.760**
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**				

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
PS_1701_2025_B0F6E2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
CC: 18616366
CEL: 3138847959

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			
JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA			
	CON C.C N°	**18.616.366**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO 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 1701 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.229.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 297.412.752	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 23.081.760
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional de la especialidad de cirugía general, realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo de mi especialidad, atendiendo patologías quirúrgicas en adulto con alto nivel científico, ético y humano, mi labor incluye brindar atención integral, oportuna y pertinente, respetando los derechos del paciente y cumpliendo normativas vigentes, garantizando una atención personalizada y segura, aplicando protocolos y guías clínicas establecidas, realizó registros asistenciales, conceptos médicos y participó en seguimiento clínico. Además del uso adecuado de equipos, la confidencialidad de la información, la notificación de eventos de seguridad, docencia, asistir a capacitaciones, supervisión y cumplimiento de requisitos legales, contractuales y administrativos durante la prestación del servicio.

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496285179	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/11	$ 1.154.100
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/11	$ 1.569.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	$ 225.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.948.800

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	*JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA* *PS_1701_2025_B0F6E2* **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA** **CC: 18616366**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1701_2025_B0F6E2* **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_1701_2025_B0F6E2* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**