

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	71709312	JUAN FERNANDO MEDINA MEJIA	km 27 via BRICEÑO ENGENILLOS	8629484	medina-restrepo@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		CANTIDAD			
						EMPL/EAOS		UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					1		0	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	92042380		TOTAL A PAGAR		\$9.002.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	3.437.500	0		0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900338004-7	4.400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	669.900	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	3.437.500	3.437.500	1
Pensión	1	4.895.000	4.895.000	1
Riesgos Laborales	1	669.900	669.900	1
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	9.002.400	9.002.400	3

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	71709312	JUAN FERNANDO MEDINA MEJIA	km 27 via BRICEÑO ENGENILLOS	8629484
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO
ÚNICA	I-Independiente			BOGOTÁ D. C.

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CORREO	medina-vestreppa@hotmail.com
CUIDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
NO	

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ANO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	2025-11	PERIODO PENSIONES	2025-11	92042380
TOTAL A PAGAR				\$9.002.400

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano	Exonerado	RET	TAE	TGF	TAP	VSP	SLN	ME	LMA	VAC	AVP	WCT	RL	CORRECCION	Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Caso de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	71709312	MEDINA MEJIA JUAN FERNANDO	59	0	N																25-14	27,500,000	4,400,000	0	0	137,500	357,500	EPS010	27,500,000	3,437,500	14-23	27,500,000	0	3	669,900	0	0	0	0	0	0	0

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

Y

2 Condiciones

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

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 1703 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1703 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1703 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1703 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3.PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1703 2025 CRP-6319.pdf	1 PS 1703 2025 CRP-6319.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1703 2025 CRP-15896.pdf	2 PS 1703 2025 CRP-15896.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1703 2025 CRP-18927.pdf	3 PS 1703 2025 CRP-18927.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	8. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	9. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	7. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

 $\wedge$

Evaluación de la Entidad Estatal

Y

Espacio para
Logo Corporativo

JUAN MEDINA
NIT 71.709.312
KM 27 VIA BRICEÑO, ENCENILLOS DE SINDAMANOY,
MALAGA CASA 16
Tel: 3123784520 - Ext. undefined
Chía - Colombia
medina-restrepo@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. JFM 381

Señores	SUB RED INTEGRADA DE SERVICION DE SALUD CENTRO ORIENTE		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	DIAGONAL 34 5-43	Ciudad	Chía - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	11/12/2025, 05:36
Expedición	11/12/2025, 05:36
Vencimiento	11/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS DICIEMBRE	180.00	17,208,900.00



Total items: 1

Valor en Letras:

Diecisiete millones doscientos ocho mil novecientos pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 17,208,900.00

Total Bruto	17,208,900.00
Total a Pagar	17,208,900.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764081270075 aprobado en 20241009 prefijo JFM desde el número 351 al 400 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66 por mil
CUFE: 6c25738ba9f359b43cbbb49bdf0a5ec24c9e972c2db7835ac38c5ebbf30165da4462752468072d5ee7ae136d158f2c

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA			CC:	71709312
CORREO ELECTRÓNICO:	MEDINA-RESTREPO@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3132014901
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KM 27 VIA BRICEÑO SOPO ENCENILLOS DE SINDAMANY			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	131126799
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1703 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 17.208.900	
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 FERNANDO MEDINA MEJÍA PS_1703_2025_A176F2 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA CC: 71709312 CEL: 3132014901					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA

CON C.C N° 71.709.312

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO PEDIATRICO 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 1703 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 74.954.320	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 227.253.085	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 17.208.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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 cirujano pediatra estudio, diagnóstico y trato patologías quirúrgicas en pacientes de 0 a 18 años, incluyendo procedimientos endoscópicos gastrointestinales y urológicos, con alto nivel científico, ético y humano, garantizando una atención integral, oportuna y humanizada, cumpliendo protocolos y normativas, participando activamente en procesos asistenciales, administrativos, de seguridad, docencia, auditoría y mejora continua. Así mismo, registro adecuadamente la atención en la historia clínica, uso responsablemente los recursos, protegiendo la información del paciente, asistiendo a capacitaciones, cumpliendo con requisitos legales y contractuales, y responder a las necesidades de la Subred en todos los servicios donde se le requiera.

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° 92042380	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/03	\$ 3.437.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/03	\$ 4.895.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/03	\$ 669.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 9.002.400

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, 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 FERNANDO MEDINA MEJÍA

PS_1703_2025_A176F2

JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA

CC: 71709312

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1703_2025_A176F2

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_1703_2025_A176F2

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO