

Datos guardados

[Cancelar](#)

[VER CONTRATO](#)

Ejecución del Contrato

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Carga
<input type="checkbox"/> 1. PS 1708 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1708 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 2. PS 1708 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1708 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 3. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 4. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 5. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 6. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 1. PS 1708 2025 CRP-6324.pdf	1. PS 1708 2025 CRP-6324.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 2. PS 1708 2025 CRP-13478.pdf	2. PS 1708 2025 CRP-13478.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 7. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proves
<input type="checkbox"/> 3. PS 1708 2025 CRP-18932.pdf	3. PS 1708 2025 CRP-18932.pdf	Compi
<input type="checkbox"/> 8. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proves
<input type="checkbox"/> 9. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proves
<input type="checkbox"/> 10. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proves
<input type="checkbox"/> 11. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proves

ardados

Información básica de la planilla

Empresa:	EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY	NIT:	1015424394
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	noviembre 2025
Sucursal o Dependencia:	Subred Centrooriente	Periodo liquidación Salud:	noviembre 2025
Número de Radicación:	92392330	Total a pagar:	\$2,211,300
Fecha de vencimiento:	23/12/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	16/12/2025	Número de Administradoras:	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	2010687586
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,274,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$937,000
						\$2,211,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**



EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY
NIT 1.015.424.394-2
CL 127 B BIS A 91-70
Tel: (031) 3504627872
Bogotá - Colombia
eapaezm@unal.edu.co



Factura electrónica de venta
No. EAPM 128

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(031) 3444484
Dirección	DG 34 5-45	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/12/2025, 16:06
Expedición	15/12/2025, 16:10
Vencimiento	15/12/2025

Ítem	Descripción	Vr. Total	Cantidad
1	Honorarios como especialista de Neurocirugia mes de diciembre 2025	20,077,050.00	1.00

Total items: 1

Total Bruto	20,077,050.00
Total a Pagar	20,077,050.00

Valor en Letras: Veinte millones setenta y siete mil cincuenta pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 20,077,050.00

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 18764098548714 aprobado en 20250912 prefijo EAPM desde el número 119 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 87e4f10bccb5f72d86d8d5f143badaebddad61a4fb50324edef5b77b02b9f9d45cc4e5929fd3421e9c8fadaa3dd255a

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY		CC:	1015424394	
CORREO ELECTRÓNICO:	EAPAEZM@UNAL.EDU.CO		TELÉFONO:	3504627872	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 127 D BIS A 91 70		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	19898473905

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1708 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 20.077.050
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		



EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY
PS_1708_2025_E83F54

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY

CC: 1015424394

CEL: 3504627872

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

EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY

CON C.C N°

1.015.424.394

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.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1708 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 74.954.320	No. HORAS EJECUTADAS	210
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 255.934.585	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 20.077.050
---	----------------	--	---------------

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)

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.

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° 92392330	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/16	\$ 937.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/16	\$ 1.274.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/16	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.211.300

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



EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY

PS_1708_2025_E83F54

EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY

CC: 1015424394

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1708_2025_E83F54

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_1708_2025_E83F54

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO