



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

Datos guardados

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

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1708 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1708 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2. PS 1708 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1708 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 4. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 5. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 6. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1708 2025 CRP-6324.pdf	1 PS 1708 2025 CRP-6324.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 1708 2025 CRP-13478.pdf	2 PS 1708 2025 CRP-13478.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 1708 2025 CRP-18932.pdf	3 PS 1708 2025 CRP-18932.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 8. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 9. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 10. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025..pdf	10. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 11. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 7. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 12. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1708 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015424394	EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY		CL 127 DBISA # 91-70	4592380	edal-p@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	27807927	\$2.369.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.003.900	0		0		0	0	0	0	1.003.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.285.000	0	0	40.200	40.200	0	0		1.365.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	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
Salud	1	1.003.900	1.003.900
Pensión	1	1.365.400	1.365.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	2.369.300	2.369.300

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015424394	EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY	CL 127 DBISA # 91-70	4592380	edal-p@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	27807927	\$2.369.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1015424394	PAEZ MONROY EDWIN ALFONSO	3	0			N																	25-14	8.030.820	1.285.000	0	0	40.200	40.200	EPS008	8.030.820	1.003.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



**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 132

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	26/01/2026, 10:07
Expedición	26/01/2026, 10:09
Vencimiento	26/01/2026

Ítem	Descripción	Vr. Total	Cantidad
1	Honorarios como especialista de Neurocirugia mes de enero 2026	19,694,630.00	1.00

Total ítems: 1

Valor en Letras: Diecinueve millones seiscientos noventa y cuatro mil seiscientos treinta pesos m/cte

Total Bruto	19,694,630.00
Total a Pagar	19,694,630.00

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 19,694,630.00

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: f5e7239b7491e03f06ceffa675a9f19bc7fc5f63b160caf4483ab9827c8852b601577fd45c5c7ae6aaab7d5a2a46716d

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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	\$ 19.694.630
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY
PS_1708_2025_F47BFB

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	206
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 274.099.535	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 19.694.630
---	----------------	--	---------------

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 27807927	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/19	\$ 1.003.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/19	\$ 1.365.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/19	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.369.300

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_F47BFB

EDWIN ALFONSO PAEZ MONROY

CC: 1015424394

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1708_2025_F47BFB

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_F47BFB

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO