



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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

No se pueden cargar documentos duplicados

Cancelar

< Evalua

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 | | |
|--|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. PS 1701 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | 1. PS 1701 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 2. PS 1701 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | 2. PS 1701 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 3. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | 3. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 4. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | 4. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 5. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | 5. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 6. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | 6. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 1701 2025 CRP-6317.pdf | 1 PS 1701 2025 CRP-6317.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 1701 2025 CRP-13476.pdf | 2 PS 1701 2025 CRP-13476.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 7. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | 7. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 1701 2025 CRP-18925.pdf | 3 PS 1701 2025 CRP-18925.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 8. PS_1701_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | 8. PS_1701_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 10. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | 10. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 11. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | 11. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> 12. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | 12. PS 1701 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-------------|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 2053375487 | 9497362617 | I | 2026/01/19 | 2026/01/02 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | \$2,948,800 |

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 | | |
| 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 | | 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 | | |

| 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 |

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 | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|------------------------|--|------------------------------|---------------------------|
| NIT: | 900959051 | No. de Factura | ELEC187 |
| Nombre o Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | Fecha Emisión | 02/01/2026 11:59:23-05:00 |
| Dirección: | Diagonal 34 N° 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia | Fecha Vencimiento | |
| Teléfono: | 3282828 | Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Email: | radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co | Forma de Pago: | Contado |
| | | Medio de Pago: | Consignación bancaria |
| | | Total de Líneas: | 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 ENERO DE 2026 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: | 7192b43b0a3a04ebb05d599abfbdfec4390c79567aab87c106a6879c7ef19fb0b96bddbe7b2b98dbc33e6f0c5b32918b |
| Total con letra: | (veintitres millones ochenta y un mil setecientos sesenta pesos) |

Firma Digital: mhRbnsil2fifoyEXGt6SMetRDF12DkSRtGApOkSdfq5cisXWvzG5ouk+52TFUgQ UegGoPNhAg3lt4jR13/kX1oKU4ce4/AB+73rv1IGY4Udlz3T3s YgNEUTcmv+TQjs WyoDguYxC5D/fDsMA7SgoEbuF+2EzWx18FxP+ILBuL9mzJ7bA4EQUsMTxt6HICC BrUrsuKcP6oCp/Q6sPacl1wOCP5UNYV+Ww8 F3xtXfVWu7gu3Hu9x1KhbR5mhUs6 pld6QCMbcQqJl4VixX97e3057SoblSmuTMINWylhc2cEo6mvzXfcwkGPIuKv4P /xyiW2kTAWpTiOmmkWzR tw==

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.



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 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

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------|
| N° 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: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA
 PS_1701_2025_E341C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

CC: 18616366

CEL: 3138847959

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: | \$ 320.494.512 | 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 |
|-------------------------------|-------------------|

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 9497362617 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/01/02 | \$ 1.154.100 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/01/02 | \$ 1.569.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/01/02 | \$ 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 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



JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

PS_1701_2025_E341C5

JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

CC: 18616366

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1701_2025_E341C5

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_E341C5

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO