

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

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 1742 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1742 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 2. PS 1742 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1742 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 3. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 4. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 5. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 6. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 1 PS 1742 2025 CRP-6352.pdf	1 PS 1742 2025 CRP-6352.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CRP-13485.pdf	2 PS 1742 2025 CRP-13485.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CRP-18955.pdf	3 PS 1742 2025 CRP-18955.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE GOSTO 2025.pdf	8. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE EPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE CTUBRE 2025.pdf	10. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE OVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE JLIO 2025.pdf	7. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 CUENTA DE ICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1742 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	2603490	\$5.605.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	2.375.000	0		0		0	0	0	0	2.375.000	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	3.040.000	0	0	95.000	95.000	0	0		3.230.000	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	2.375.000	2.375.000
Pensión	1	3.230.000	3.230.000
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	5.605.000	5.605.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79317172	EDUARDO DAZA GILI		Carrera 11 B # 134 - 51	6018114265	eduardodaza@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	2603490	10
					TOTAL A PAGAR
					\$5.605.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	CORRECCIÓN	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	79317172	DAZA GILI EDUARDO	3	0			N																			25-14	19.000.000	3.040.000	0	0	95.000	95.000	EPS017	19.000.000	2.375.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

Número Autorización 18764098715815 del 16/09/2025
Autoriza con prefijo desde FE146 hasta FE200 vigencia hasta 16/03/2026
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
FAVOR NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Número: FE155

Nombre o Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	NIT:	900959051	Dirección:	DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3444484	Email:	radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co	Fecha:	23/01/2026
Fecha vencimiento:	27/02/2026	Fecha firmado:	23/01/2026 20:51:40	Moneda:	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito	Medio de pago:	Transferencia Débito Interbancario	Fecha de pago:	27/02/2026
CUFE:	703e135bfb18edc519059dc22e21454e2e7a38545e0745667538a3a37d3b3a301424460fa9742780bb2fcc7efde93fb6	Total de Lineas:	1		

#	Servicio	Servicio	U. M.	Cant.	Impuestos			Precio U	Total
					NOM	% o Val.	Monto		
1	85100000-0	ANESTESIOLOGIA HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA DURANTE EL MES DEENERO DE 2026	HUR	252,00				\$115.000,00	\$28.980.000,00

Notas: SON: (veintiocho millones novecientos ochenta mil pesos) CUFE: 703e135bfb18edc519059dc22e21454e2e7a38545e0745667538a3a37d3b3a301424460fa9742780bb2fcc7efde93fb6	Subtotal:	\$28.980.000,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$28.980.000,00

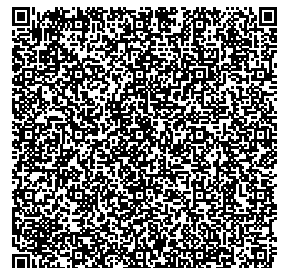
FIRMA AUTORIZADA

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
FAVOR NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE NI RETENCION DE ICA

Firma Digital: q08HUu5ZunTBvbPxXmCmzEUph+hnFctrPXwsDhH/LhTnbh5G2QW1qcYdE773kLD
FdoPUI0IQ8hdBB1Cy7hYyRwLsp/b8dTe4R5Y7HZL2PAJqFV4xs
hteFUXqBRyOliS kqfq2hYmyoP0TZax117wWo+bT1/skqgX1t89mspm8OF9yeE65vHGLQZzXlxyXpb 82jP+E91nGvZkp8BUf96aKZ+To3zq0Bgmr
NF+VT5NkoMldlOmlyB/NATB61jEx mlhC0kP2NYn7TuT+nXv2MeGLB29KWLwuE1Xq7srDfbTjUbo1neJ5EEv9AMZ0WLVl ilddP432TrstBull5rcv
BQ==

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:	EDUARDO DAZA GILI			CC:	79317172
CORREO ELECTRÓNICO:	EDUARDODAZA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3108014230
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11B 134 51			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102658432
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1742 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 28.980.000	
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				
 EDUARDO DAZA GILI PS_1742_2025_075782 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDUARDO DAZA GILI CC: 79317172 CEL: 3108014230					

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

EDUARDO DAZA GILI

CON C.C N°

79.317.172

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO 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 1742 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 101.200.000	No. HORAS EJECUTADAS	252
----------------------------	----------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 404.455.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 28.980.000
--	----------------	---	---------------

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 profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.
---	--

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° 2603490	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/13	\$ 2.375.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/13	\$ 3.230.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/13	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 5.605.000

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



EDUARDO DAZA GILI

PS_1742_2025_075782

EDUARDO DAZA GILI

CC: 79317172

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1742_2025_075782

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_1742_2025_075782

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO