



Buscar...

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](#)

### 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

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1703 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1703 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1703 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1703 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

3 2025 CUENTA DE MAYO 2025.pdf	5. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE JUNIO 2025.pdf	6. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
2025 CRP-6319.pdf	1 PS 1703 2025 CRP-6319.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
2025 CRP-15896.pdf	2 PS 1703 2025 CRP-15896.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
2025 CRP-18927.pdf	3 PS 1703 2025 CRP-18927.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE GOSTO 2025.pdf	8. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE JULIO 2025.pdf	7. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
3 2025 CUENTA DE DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1703 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

[Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Datos guardados



DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	71709312	JUAN FERNANDO MEDINA MEJIA	km 27 vía BRICEÑO ENCENILLOS CALLE 14 N° 14-23
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1 – Independiente		
		CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ, D.C.
		CORREO	medina-estrepo@hotmail.com
		TELÉFONO	8629484
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)
	2025-12	I	30/12/2025
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
2025-12	2025-12	479446	1
		TOTAL A PAGAR	\$9.002.400

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																						
No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Categoría	Excedido	RET	TAE	TIP	TAP	VSP	VST	SLN	SR	EA	VAC	AVP	VCT	RL	CO	APP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cid. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENIA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC	71709312	MEDINA MEJIA, JUAN FERNANDO	59	0	N															25-14	27.500,00	4.400,000	0	0	137.500	357.500	EPS010	27.500,00	3.437.500	14-23	27.500,00	3	688.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGA DADA

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 386**

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

Fecha y hora Factura	
<b>Generación</b>	21/01/2026, 16:28
<b>Expedición</b>	21/01/2026, 16:28
<b>Vencimiento</b>	21/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS ENERO 2026	190.00	18,164,950.00

**Total items: 1****Valor en Letras:**

Dieciocho millones ciento sesenta y cuatro mil novecientos cincuenta pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 18,164,950.00

<b>Total Bruto</b>	18,164,950.00
<b>Total a Pagar</b>	18,164,950.00

**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:** 3a716f6af2305227589245811ca1ceaf1dd2d75ed86eb6bd4481f1c3871cc6a8930e7840eff28aeaec0a0fdaf01f7a7

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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	\$ 18.164.950
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 FERNANDO MEDINA MEJÍA  
PS\_1703\_2025\_4ADEF1

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**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1703 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 74.954.320	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>190</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 244.653.195	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 18.164.950
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
------------------------------------------------	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
------------------------------------------------------	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 479446	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SURA	2025/12/30	\$ 3.437.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/30	\$ 4.895.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/30	\$ 669.900
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 9.002.400</b>

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 FERNANDO MEDINA MEJÍA*

*PS\_1703\_2025\_4ADEF1*

**JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA**

**CC: 71709312**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1703\_2025\_4ADEF1*

**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\_4ADEF1*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**