



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



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

#### Documentos de ejecución del contrato

## Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1719 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1719 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2. PS 1719 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1719 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	4. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

<input type="checkbox"/>	5. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	6. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 1719 2025 CRP-6333.pdf	1 PS 1719 2025 CRP-6333.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 1719 2025 CRP-13480.pdf	2 PS 1719 2025 CRP-13480.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3 PS 1719 2025 CRP-18939.pdf	3 PS 1719 2025 CRP-18939.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	8. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	9. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	10. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	11. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	7. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	12. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1719 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1085260338
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JORGE WLADIMIR PENAFIEL RUIZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 64 NO 2-55 TORRE 1 APTO	TELÉFONO: 3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>6002131102</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2059702930

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 1.325.500
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 1.325.500</b>

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 974.600
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 974.600</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 46.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 46.800</b>

RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 190.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 190.000</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 2.536.900</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 2.536.900</b>

**JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ**

NIT 1.085.260.338-9  
CALLE 64 2-55 APARTAMENTO 705  
Tel: (601) 3122561013  
Bogotá - Colombia  
george66500@hotmail.com

Espacio para  
Logo Corporativo

**FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA NO. FPI 105**

RES.DIAN No. Número Autorización Electrónica 18764098505847  
aprobado en 20250911 prefijo FPI desde el número 101 al 1000  
Vigencia: 6 Meses  
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 - Actividades  
de la práctica médica, sin internación

**Fecha y hora Factura**  
Generación: 19/01/2026,  
10:16  
Expedición: 19/01/2026, 10:16

**Nombre del Cliente**  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit ó C.C.**  
900.959.051-7

**Fecha de Vencimiento**  
--

**Razón Social**  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Dirección**  
DIAGONAL 34 5-43

**Teléfono**  
(601) 3444484

**Correo**  
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

**Vendedor**  
JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL

**Centro de Costo**  
0

**CONDICIONES DE VENTA:** La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador



Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Valor Impto.Rete.	Valor Impto.Cargo
1	Prestación de servicios como médico especialista en cirugía general	264.00	22,568,832.00	0.00	0.00

**Total items:** 1

**OBSERVACIONES:**

PERTENEZCO A REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN - RST POR LO QUE NO SE DEBE HACER  
RETENCIÓN EN LA FUENTE NI ICA

**Valor en Letras:**

Veintidos millones quinientos sesenta y ocho mil ochocientos treinta y dos pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 22,568,832.00

<b>Total Bruto</b>	22,568,832.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>22,568,832.00</b>

**VENDEDOR**  
C.C. Ó NIT.:

**FIRMA Y SELLO**  
C.C. Ó NIT.:

**CUFE:** 23402f4940f62ee22fea9f7527582994385e5d6bbe95b41fb4c55c0712b3f8971c2a5d8f8c710252a11dc29cbe1a72c8

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ</b>		<b>CC:</b>	<b>1085260338</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>GEORGE66500@HOTMAIL.COM</b>		<b>TELÉFONO:</b>	<b>3122561013</b>
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 64 2 55 TO 1 AP 705</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO DE BOGOTA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b> <b>466462769</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 1719 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 22.568.832</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2026/01/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31</b>		



*JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ*  
*PS\_1719\_2025\_8E027E*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ**

**CC: 1085260338**

**CEL: 3122561013**

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

**JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ**

**CON C.C N°**

**1.085.260.338**

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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1719 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 63.603.072	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>264</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 273.305.136	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 22.568.832
---	----------------	--	---------------

<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
-------------------------------	-------------------

**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**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 6002131102	<b>OPERADOR:</b>	SOI
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 974.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	\$ 1.325.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 190.000
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.490.100</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**



*JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ*

*PS\_1719\_2025\_8E027E*

**JORGE WLADIMIR PEÑAFIEL RUIZ**

**CC: 1085260338**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1719\_2025\_8E027E*

**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\_1719\_2025\_8E027E*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**