



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 1457 2026 CRP -8716.pdf	1 PS 1457 2026 CRP -8716.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1. PS 1457 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1457 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1457 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1457 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80110695
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 83 BIS 77 09	TELÉFONO: 2282024
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 02 - FUNDA. HOSPITAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6016996513	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 247499850

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			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 683.200
SUBTOTAL:				1	\$ 683.200
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 533.800
SUBTOTAL:				1	\$ 533.800
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 104.100
SUBTOTAL:				1	\$ 104.100

VALOR SIN MORA:	\$ 1.321.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.321.100



Forma de Pago: Contado
Método de Pago: Consignación Bancaria
Moneda: COP
Total de Líneas: 1

Fecha de Validación: 23/04/2026 10:24 AM
Fecha de Emisión: 23/04/2026 10:24 AM
Responsabilidad Tributaria: R-99-PN
Responsabilidad Tributaria: No aplica
Régimen Fiscal: 49

Emisor: DR. NELSON MONROY C
Razón Social: NELSON MONROY C
Nit del Emisor: 80110695
Correo Electrónico: drnelsonmonroy@gmail.com
Teléfono: 311 5186105
Dirección: DG 83 BIS 77 09
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
País: Colombia

Receptor: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Identificación: 900959051
Correo Electrónico: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Teléfono:
Dirección: DG 34 # 5 43
Responsabilidad Tributaria: ZZ
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
País: Colombia



#	Cod Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA	Total
1	01	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE NEUROCIURUGÍA MES DE ABRIL DE 2026	1	cada	13,973,760	13,973,760	0	13,973,760

Detalles:

Son: TRECE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS
Actividad económica 8621. Tarifa ICA 9.66* 1000. Servicios excluidos de IVA. Para dar cumplimiento al decreto 2231 de diciembre de 2023, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que SI me voy a descontar costos y gastos precedentes a mi actividad económica al finalizar el año en mi declaración de renta

CUFE :

c73cda40791e06bd454623761787454d11565d3680f6453d658fb834940019365d495d9651a37d3fb8b2997584671618

Detalle de Venta

Subtotal:	COP 13,973,760
Monto Bruto:	COP 13,973,760
Monto IVA:	COP 0
Total Venta:	COP 13,973,760
Total a pagar:	COP 13,973,760

Firma Digital:

cxZ7MY1ZJ/3uaioCOXaY0oJ+glSIX7geukFRKOvVg/Colb9mLdu8Sj4OKnNxpvmI/gj+i6RXRYNAcCl+plXqC4+llGhWhOPlylhkLVj3tgSMBsOCZq8RLtVhj5Ktv XoiYpOmZ6KYzWWbiH0DUT2xIS0sYM2OldqtCUDzait7PBIBYWAJqzci91XFTShk
Dwjf51hM71om9CSwEu+INA+RG8Mh/5Uy9pnrwqjm+CqGzQwrUQN6ahZWEni+yhTL/0jAkh+JC3XKqGsZLIqElyOEIRWVeRDrf1QO9kcoB/Z1uoQW0z/JZ0i94q9ch+I6qHa9sdLDd5xWslKFjBuQ==

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS		CC:	80110695	
CORREO ELECTRÓNICO:	NELSONMET73@YAHOO.ES		TELÉFONO:	3115186105	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 93 BIS 77 09		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	451870011306

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1457 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 13.973.760
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

PS_1457_2026_1C1044

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

CC: 80110695

CEL: 3115186105

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

NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

CON C.C N°

80.110.695

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA NEUROCIRUJANO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1457 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 72.197.760	No. HORAS EJECUTADAS	144
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 72.197.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 13.973.760
---	---------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6016996513	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/23	\$ 533.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/23	\$ 683.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/23	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.217.000

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 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



NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

PS_1457_2026_1C1044

NELSON JAVIER MONROY CASTELLANOS

CC: 80110695

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1457_2026_1C1044

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_1457_2026_1C1044

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO