

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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 1445 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 19.908.480	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA PS_1445_2026_8E0FA9 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

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUGIA PEDIATRICA 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 1445 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 77.145.360	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 128.782.980	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 19.908.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93440617	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/07/10	\$ 3.750.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	\$ 5.220.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/10	\$ 730.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 9.700.800

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 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



JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA

PS_1445_2026_8E0FA9

JUAN FERNANDO MEDINA MEJÍA

CC: 71709312

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1445_2026_8E0FA9

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_1445_2026_8E0FA9

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 16:07:59
JUAN FERNANDO MED...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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		
☐	PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1445 2026 CRP -8704.pdf	1 PS 1445 2026 CRP -8704.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1445 2026 CRP -15734.PDF	2 PS 1445 2026 CRP -15734.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5 PS 1445 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPFC
		93440617	10/07/2026	1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$9,750,700	

TOTALES SALUDTOTAL ES PENSIÓNTOTAL ES RIESGOS | ARORA ES

TOTAL ESCALAS	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

TOTAL ES PARAFISCALES

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	3.750.000	3.769.300
Pensión	1	5.220.000	5.246.800
Riesgos Laborales	1	730.800	734.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	9.700.800	9.750.700

[illegible]

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 399

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

Fecha y hora Factura	
Generación	27/07/2026, 19:06
Expedición	27/07/2026, 19:06
Vencimiento	27/07/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS JULIO 2026	1.00	19,908,480.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Diecinueve millones novecientos ocho mil cuatrocientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 19,908,480.00

Total Bruto	19,908,480.00
Total a Pagar	19,908,480.00

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: a3f64b13a0892380c0163bbe586e3adee3a1105955bcaf5341f0b6fa3abb4617004c29f0a82f242dd62d1e032211a59e