

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA		CC:	1103218144	
CORREO ELECTRÓNICO:	JANINO@FUCSALUD.EDU.CO		TELÉFONO:	3017868260	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 46 57 30		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	52617071274

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1610 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 21.060.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA  
PS\_1610\_2025\_F932A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA

CC: 1103218144

CEL: 3017868260

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

**JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA**

CON C.C N°

**1.103.218.144**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PSIQUIATRA 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 1610 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 60.480.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>234</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 280.080.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 21.060.000
---	----------------	--	---------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** TRECE (13) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL LA VICTORIA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** HUGO GERMAN REYES GUERRERO

**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)

<b>ITEM</b>	<b>Medico psiquiatra</b>
-------------	--------------------------

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>N° 9496210901</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	<b>SANITAS</b>	<b>2025/12/10</b>	<b>\$ 972.000</b>
<b>PENSIÓN:</b>	<b>PORVENIR</b>	<b>2025/12/10</b>	<b>\$ 1.322.000</b>
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	<b>SEGUROS BOLIVAR</b>	<b>2025/12/10</b>	<b>\$ 189.500</b>
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.483.500</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 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 periodo correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA*

*PS\_1610\_2025\_F932A5*

**JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA**

**CC: 1103218144**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1610\_2025\_F932A5*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*HUGO GERMAN REYES GUERRERO*

*PS\_1610\_2025\_F932A5*

**HUGO GERMAN REYES GUERRERO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

## Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1103218144		NIÑO MENDOZA JHONATAN ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 46 # 57 - 30 barrio la Esmeralda	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3017868260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2051491957	9497313637	I	2026/01/14	2026/01/02	BANCOLOMBIA	\$2,690,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pc	vst	sn	ige	lma	vac	lav	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																												\$8,424,000	\$1,432,300	\$8,424,000	\$1,053,000	\$0	\$0	\$8,424,000	\$205,300	\$0	\$0	\$2,690,600			
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																												\$8,424,000	\$1,432,300	\$8,424,000	\$1,053,000	\$0	\$0	\$8,424,000	\$205,300	\$0	\$0	\$2,690,600			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																												\$8,424,000	\$1,432,300	\$8,424,000	\$1,053,000	\$0	\$0	\$8,424,000	\$205,300	\$0	\$0	\$2,690,600			
1	CC	1103218144	NIÑO JHONATAN																	23030	30	\$8,424,000	\$1,432,300	EPS005	30	\$8,424,000	\$1,053,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$8,424,000	2.436%	\$205,300	0	\$0	\$0	No	\$2,690,600
<b>Total Afiliados (1)</b>				\$8,424,000	\$1,432,300	\$8,424,000	\$1,053,000	\$0	\$0	\$8,424,000	\$205,300	\$0	\$0	\$2,690,600																											

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,432,300	\$0	\$0	\$1,432,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,432,300	\$0	\$0	\$1,432,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$205,300	\$0	\$0	\$205,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$205,300	\$0	\$0	\$205,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,053,000	\$0	\$0	\$1,053,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,053,000	\$0	\$0	\$1,053,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$2,690,600</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2,690,600</b>

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

9edaad0274e387fb30c7b860e39d74d70aed5aa79e9c1d30f0a4ae32ca7456652c34621d20c538246aa4f160b8affa8c

Número de Factura: JN-18

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 26/01/2026

Medio de Pago: Instrumento no definido

Fecha de Vencimiento: 26/01/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: NIÑO MENDOZA JHONATAN ALBERTO

Nombre Comercial: NIÑO MENDOZA JHONATAN ALBERTO

Nit del Emisor: 1103218144

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 46 57 30 BRR LA ESMERALDA

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3017868260

Correo: jhon-25\_@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD C.O.

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: DIAGONAL 34 5 43

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 6013444484

Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	8621	HONORARIOS MEDICOS	94	234,00	\$ 90.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 21.060.000,00

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 26/01/2026 16:36:09  
**Documento validado por la DIAN:**  
 26/01/2026 16:36:10  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	21060000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	21060000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	21060000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 21060000</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	21.060.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	21.060.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	21.060.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 21.060.000,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764079372407 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-09-12