

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

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:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA  
PS\_1610\_2025\_7F1F81

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>	\$ 299.700.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 21.060.000
---	----------------	--	---------------

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

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL LA VICTORIA
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	HUGO GERMAN REYES GUERRERO

<b>ITEM</b>	<b>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>
1	PSIQUIATRA

**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° 9497313637	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/01/02	\$ 1.053.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/02	\$ 1.432.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 205.300
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.690.600</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 período correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA*

*PS\_1610\_2025\_7F1F81*

**JHONATAN ALBERTO NIÑO MENDOZA**

**CC: 1103218144**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1610\_2025\_7F1F81*

**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\_7F1F81*

**HUGO GERMAN REYES GUERRERO**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
407aa06d0908b351dbe7aae311636f60f4562329c7d9a570f0a87cf3cb78454513da8037d2f20d29228ba52769d358e4  
Número de Factura: JN-19  
Fecha de Emisión: 24/02/2026  
Fecha de Vencimiento: 24/02/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Instrumento no definido  
Orden de pedido:  
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  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8621  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 46 57 30 BRR LA ESMERALDA  
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  
Número Documento: 900959051  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: DIAGONAL 34 5 43  
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	96,00	\$ 91.350,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 8.769.600,00

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 24/02/2026 17:18:12  
**Documento validado por la DIAN:**  
 24/02/2026 17:18:12  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
<b>Subtotal</b>	8769600
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	8769600
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	8769600
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 8769600</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>	8.769.600,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	8.769.600,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	8.769.600,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 8.769.600,00</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



## 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>