

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-03-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS		CC:	91542511	
CORREO ELECTRÓNICO:	JABA628@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3015265039	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 122 47 55 AP 503		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0570006387920173

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3421 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.095.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/06 AL 2026/03/31		



JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS
PS_3421_2026_A88DEF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS

CC: 91542511

CEL: 3015265039

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

JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS

CON C.C N° 91.542.511

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO A ESPECIALISTA ORTOPEDISTA 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 3421 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/03/04
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 49.649.600	No. HORAS EJECUTADAS	45
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 49.649.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.095.000
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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 la especialidad de ortopedia cumpro con las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el área de ortopedia comprenden el estudio, diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos, mediante técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, con un enfoque ético, científico y humanizado. Estas acciones se desarrollan de manera oportuna, integral y personalizada, siguiendo protocolos, guías y estándares de calidad, brindando atención en todas las unidades requeridas. Se incluye la aplicación de listas de seguridad quirúrgica, información clara al paciente y su familia, diligenciamiento completo y oportuno de historias clínicas y demás registros, respeto por los derechos del paciente, uso adecuado de equipos e infraestructura, reporte de eventos e incidentes, participación en actividades docentes y de prevención, así como asistencia a capacitaciones y cumplimiento de los requisitos legales, administrativos y contractuales establecidos.
---	---

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 (2026-03-06) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

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



JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS

PS_3421_2026_A88DEF

JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS

CC: 91542511

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_3421_2026_A88DEF

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_3421_2026_A88DEF

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO



JHOEL ALEXANDER BAYONA
ARIAS

NIT 91542511-9
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764103770461
Fecha 28/12/2025 - 28/06/2026
Autorización de Facturación Electrónica del FEAB-92 al
FEAB-100 FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA
FUENTE, POR ENCONTRARSE SOMETIDO AL
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
Email: jaba628@gmail.com
Teléfono: 3163542018

Departamento	Fecha		
Bogotá	23	03	2026

FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA

N° FEAB - 97

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT: 900959051-7	Fecha de firmado: 23/03/2026 16:39:10
Dirección: DIAGONAL 34 3 14	Departamento: Bogotá	Teléfono: 6013444484
Email: contabilidad7@subredcentrooriente.gov.co	Forma de Pago: Crédito	Medio de pago: Consignación bancaria
Vencimiento: Abril 10 del 2026	Hora emisión: 16:39:09	Moneda: COP Colombia, Pesos
Fecha de pago: 10/04/2026		
Total de Lineas: 1		

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	45,00	HONORARIOS MEDICOS MES DE MARZO 2026	HUR				\$91.000,00	\$4.095.000,00
Notas:								Subtotal:	\$4.095.000,00
								Cargos:	\$0.00
								Descuento:	\$0.00
								Total:	\$4.095.000,00

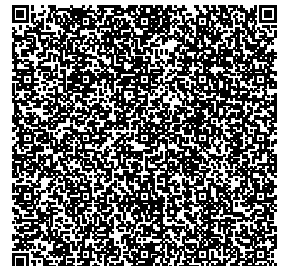
SON: (cuatro millones noventa y cinco mil pesos)
CUFE: 602a45f6dcc4905f8f79c2541fd08c80015de1177bf9ecc1107eea3e0a036eadd0e5456ae10c43cc77ffc602adbd102

FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE, POR ENCONTRARSE SOMETIDO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Firma Digital: eeZFIStDGqeoS/U/DZSukLxlnhEd6k5ytiZwnVQGo1A/EFLoM1qt0leuYpOQEC2_ibKvPsntEJn7FLKrXJq4srZ7TvwKvFj7i6G29p26KdemUQ7IU/hUxIM6GOuwO0/Z_OjVmJwH0Myy2SUbxE2JlhhOP9OYlvxJR6tND3fdZMDXkAQBdaKdJrNn4clwJXLv_Z7Y841KKFbjbpmiWNdDwgKJw22B1BQ9EM09vQpWpl6axORzk46QFf6nayHdVP4xX_cstnR6vz256mtCi0xNw/z9Tf/p2b0gvDPHm6m/3rHJ/cLFZfXC2KH1YfQsbwoHU_I/4P4TRf65obFfkHc0mrIlg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91542511	JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS		CL 145 21 61	3015265039	jaba628@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
69111377	19/03/2026	69119876	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	\$0	\$1.043.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	418.900	0		0		0	15	4.100	0	423.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	536.200	0	0	39.100	39.100	15	5.200	800	620.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	418.900	423.000
Pensión	1	614.400	620.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.033.300	1.043.400

