

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30			
Nombre Contratista:	del	JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS	Número de Documento:	91542511			
Correo Electrónico:		jaba628@gmail.com	Número Telefónico:	3015265039			
Nombre Supervisor:	del	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	Cargo:	COORDINADOR DE URGENCIAS	Código Grado:	-	213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2029-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	296
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I20ORME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	42	0	93094	\$3909948	22.6%
B04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	USS MEISSEN	66	0	93094	\$6144204	35.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 10054152	DIEZ MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 19549740	
2	MARZO	\$ 21783996	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 86577420		\$ 86577420	\$ 41333736	\$ 45243684
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar servicios profesionales especializados en Ortopedia, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA	-HISTORIA CLÍNICA	
2	Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud osteomuscular, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al usuario, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional.	-PRESENTA INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES	
3	Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLÍNICA	
4	Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área de ortopedia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS	-GUÍAS Y PROTOCOLOS	
5	Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- HISTORIA CLÍNICA	
6	Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO	- INFORMES Y REPORTE	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLÍNICA
8	Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado.	-COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-HISTORIA CLÍNICA
9	Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- INFORMES Y REPORTE
10	Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTE	- INFORMES Y REPORTE

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 21783996
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76263179	FEAB - 98		
2026	MARZO	2026	04	20			Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 8713598	\$ 1394176	\$ 1494500
Salud					SÁNTITAS		\$ 1089200	\$ 1098800
ARL				5	POSITIVA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 2528861	\$ 2593300

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0570006387920173

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS	2026-04-20 05:54:42
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-04-23 14:38:01
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JHOEL ALEXANDER BAYONA ARIAS	2026-04-24 22:13:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-04-24 22:17:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-04-30 02:29:39

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Jorge Jonathan Bautista Hernandez.

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS

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
		76263179	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$2.593.300	

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	1.089.200	0		0		0	13	9.600	0	1.098.800	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	1.394.200	0	0	43.600	43.600	13	12.300	800	1.494.500	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	1.089.200	1.098.800
PenSIón	1	1.481.400	1.494.500
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	2.570.600	2.593.300



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	19	04	2026

FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA

N° FEAB - 98

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	NIT: 900958564-9	Fecha de firmado: 19/04/2026 21:15:18
Dirección: CRA 24C # 54 -47 SUR	Departamento: Bogotá	Teléfono: 7300000
Email: facturacionelectronica@subredsur.gov.co	Forma de Pago: Crédito	Medio de pago: Transferencia Débito Interbancario
Vencimiento: Abril 30 del 2026	Hora emisión: 21:15:16	Moneda: COP Colombia, Pesos
Fecha de pago: 30/04/2026		
Total de Lineas: 1		

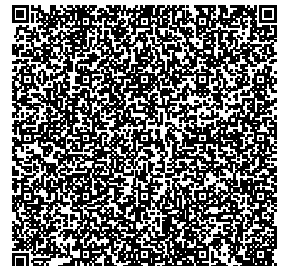
#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	1,00	HONORARIOS PROFESIONALES ORTOPEDISTA (108 HORAS) DURANTE EL MES DE ABRIL 2026 FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE, POR ECONTRARSE SOMETIDO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION	94				\$10.054.152,00	\$10.054.152,00
Notas: FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE, POR ECONTRARSE SOMETIDO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION								Subtotal:	\$10.054.152,00
								Cargos:	\$0.00
								Descuento:	\$0.00
SON: (diez millones cincuenta y cuatro mil ciento cincuenta y dos pesos) CUFE: 730501ec1dfa9424efa617eaeca251ae0fb63ebd040c8f9d752534ae751ebaeb39ada7633ac4ae202721d9b291629ce4								Total:	\$10.054.152,00

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

Firma Digital: iY4SWT19ac7XWbRijY0agF6LPJrj4kt8M2xXoNidYQSW0NO+aCZrcZLYapjaAs
MFIW+ePxlq5BoABS4C4TPIUwz34vw9mTnMh9Lia75RmhDYpK7
GfSj077V+sT+TW mkMch1KNWfrAod/EiQ/xhvLR23pa5LIN1+C9WlldofcUTspKaaXUHggaprrT5si 4QMqJ1ENT8PHdGZIGfsfNXrVlhA6czVb6zy
kf1ozTuHF2mkq837vG72YwNFUK6T8 QJUIE0jVEeeG01MC5wGfbqNjOVdBK+U0Q1JxCBBn9WT6c8sJhmCqkiJINRGq6Nol 3kH0lxvmq5Stw8Yf9Flg
FW==

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.



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

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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"/>	CTO 2029-2026 CTA FEBRERO MEISSEN BAYONA.pdf	CTO 2029-2026 CTA FEBRERO MEISSEN BAYONA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 2029-2026 CTA MARZO MEISSEN BAYONA.pdf	CTO 2029-2026 CTA MARZO MEISSEN BAYONA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>