

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES			CC:	1140842425	
CORREO ELECTRÓNICO:	GABRIELSWA25@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014513753	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77B 116C 75			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488421153807	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1163 2025	N° CDP:	1797	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.764.634					



GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES
PS_1163_2025_A0236F-2025-07-17 09:32:38

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES

CC: 1140842425

CEL: 3014513753

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES				
CON C.C N°		1.140.842.425		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1163 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392	No. HORAS EJECUTADAS	186	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 54.020.088	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.764.634	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIZABETH COY JIMENEZ		
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	1. PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO, REALIZANDO CONSULTAS MEDICAS CONFOME AL ESTANDAR DEFINIDO DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR Y DEMANDA DE SERVICIOS, ENMARCADO DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. 2. DILIGENCIAR EL REGISTRO INDIVIDUAL DE ATENCION EN SALUD (RIPS) DE TODOS LOS USUARIOS ADECUADAMENTE. 3. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 6.CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD. 7. REALIZAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DE: SIVIGILA Y EEVV. 8. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS). 9. ELABORAR HISTORIA CLINICA Y ANEXOS A TODO PACIENTE ATENDIDO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLITICAS DE LA SUBRED. 10. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 11. LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR.			
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS <u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>				
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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 78532151	OPERADOR:	ARUS	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	

SALUD:	SURA	2025/07/14	\$ 318.229
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/14	\$ 407.333
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	\$ 62.017
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 787.579
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 ningún 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	<div><div>GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES</div><div>PS_1163_2025_A0236F-2025-07-17 09:32:38</div><div>GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES</div><div>CC: 1140842425</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>PS_1163_2025_A0236F-2025-07-17 15:43:09</div><div>ELIZABETH COY JIMENEZ</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		