

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ANDRES FELIPE STERLING ALZATE	<b>CC:</b>	1013037004
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	pipejuan2831@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3244398022
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 1 36 50	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO AV VILLAS	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS
		<b>N° CUENTA:</b>	547742895

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6080 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.850.880
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/08/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/09/01
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



ANDRES FELIPE STERLING ALZATE  
 PS\_6080\_2025\_06545D

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ANDRES FELIPE STERLING ALZATE

CC: 1013037004

CEL: 3244398022

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

**ANDRÉS FELIPE STERLING ALZATE**

**CON C.C N° 1.013.037.004**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CAMILLERO 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 6080 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/08/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.793.040	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>192</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.379.120	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.850.880
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DOS (2) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** NATALY DUQUE SALAZAR

**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. Se recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. 2. Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. 3. Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico de forma oportuna, garantizando su traslado de forma adecuada. 4. Se cumplió con el uso adecuado de los elementos de bioseguridad. 5. Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). 6. Se realizó el traslado de los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. 7. Se respondió por el inventario que me fue asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo la actividad. 8. Se realizó la limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo institucional, de los elementos y equipos biomédicos asignados. 9. Se cumplió con, conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica. 10. asistí a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con mis actividades. 11. Se informé oportunamente sobre daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. 12. Se informé oportunamente al referente del proceso sobre los inconvenientes que se presentaron con pacientes, muestras y equipos. 13. Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin. 14. Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes, valoraciones y traslados requeridos de forma oportuna y segura, dentro del ciclo de atención. 15. Se garantiza un trato con calidez y calidad al paciente, familia y equipo de trabajo, dando una atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana. 16. Se participó en las actividades de código rojo, código azul y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. 17. Se realiza diligenciamiento de la hoja de ruta en las diferentes actividades realizadas y se hace entrega del formato debidamente diligenciado de forma semanal a la coordinación de enfermería. 18. Se realizaron las actividades propias de mi oficio, conforme a al objeto contractual y las necesidades del servicio. 19. Se apoya en actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (dispositivos e insumos). 20. Se cumplió con el uso del uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred.

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

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

No. DE PLANILLA:	N° 9491908961	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/17	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/17	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/17	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500


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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>ANDRES FELIPE STERLING ALZATE PS_6080_2025_06545D</p> <hr/> <p><b>ANDRES FELIPE STERLING ALZATE</b> <b>CC: 1013037004</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>MAYERLI MARTINEZ HERRERA PS_6080_2025_06545D</p> <hr/> <p><b>MAYERLI MARTINEZ HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>NATALY DUQUE SALAZAR PS_6080_2025_06545D</p> <hr/> <p><b>NATALY DUQUE SALAZAR</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013037004		STERLING ALZATE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 1 n. 36-50	SOACHA-CUNDINAMARCA	3182101905	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1859497995	9491908961	I	2025/10/02	2025/10/17	NEQUI	15	\$444,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1013037004	STERLING ANDRES	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013037004		STERLING ALZATE ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra. 1 n. 36-50	SOACHA-CUNDINAMARCA	3182101905	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1859497995	9491908961	I	2025/10/02	2025/10/17	NEQUI	15	\$444,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,700	\$0	\$179,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,700	\$0	\$179,700	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$4,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$444,700</b>	



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

Cancelar

< 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/>	PS_6080_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS_6080_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS_6080_2025_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS_6080_2025_CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >