

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR			CC:	79421907
CORREO ELECTRÓNICO:	LIBARDOSIERRA123@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3124733940
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11 A 78 D 56			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800309314
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1989 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.869.840	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
 JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR PS_1989_2025_C72738 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR CC: 79421907 CEL: 3124733940					

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

JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR

CON C.C N°

79.421.907

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1989 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/02
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.684.800	No. HORAS EJECUTADAS	168
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.045.900	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.869.840
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
------------------------	------------------------------

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	Cumplí las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la Subred Integrada de Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E.
2	Recibí en la plataforma del software SIRC las solicitudes de los diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Realicé la entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC y/o plataforma Excel
4	Facilité y direccioné los traslados de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo con las condiciones clínicas y administrativas de cada usuario
5	Articulé las solicitudes de las unidades que componen la SISSCO y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
6	Realicé seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapéutico de índole hospitalario
7	Solicité los documentos necesarios para los traslados o remisiones.
8	Facilité de acuerdo con las listas de chequeo establecidas la articulación con los diferentes actores de la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.
9	Direccioné las ambulancias con la tipología requerida (TAB-TAM) por vía telefónica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar teléfono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.
10	Prioricé los despachos de urgencias vitales de acuerdo con el cuadro clínico o diagnóstico, como criterio especial de traslado no requiere aceptación en la unidad destino.
11	conocí el portafolio de servicios y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
12	Revisé el correo institucional las veces que fuese necesario con el objetivo de encontrar información, autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el SGSSS
13	Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	Comenté los pacientes en trámite de remisión de las diversas IPS, erp y entes de control a nivel nacional con el líder de gobierno clínico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptación o negación. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo SIRC
15	Las bitácoras de los pacientes comentados a la SISSCO, deben ser culminadas en el aplicativo SIRC en menos de 24 horas.
16	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad
17	recibí y entregue las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad
18	conocí y cumplí con las recomendaciones que la ARL y/o área de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización de su actividad contractual que lo clasifiqué como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

19	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-científicos que se programen desde la entidad
20	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
21	Cumplí con las actividades descritas en el manual de referencia de la SISCO
22	Realicé las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato.

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			
No. DE PLANILLA:	N° 1077706881	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/27	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/27	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/27	\$ 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 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	 JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR PS_1989_2025_C72738 JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR CC: 79421907
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PS_1989_2025_C72738 JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 27/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR		
Documento	CC79421907	Dirección	CRA 22 A N 66 92 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212107513
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UMA	UAP	UAT	UOT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79421907	JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR	57	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!