

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON	CC:	1020751321
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDYSRENDON@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3175233454
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 49 134D 09	CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	44027296545

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2104 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.829.274
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON
 PS_2104_2025_75284E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON

CC: 1020751321

CEL: 3175233454

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

ANDRÉS ESTEBAN SIERRA RENDÓN

CON C.C N°

1.020.751.321

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2104 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 29.624.280	No. HORAS EJECUTADAS	222
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 110.068.307	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.829.274
---	----------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRECE (13) MESES

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
-------------------------------	----------------------------

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. Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas. |
| 2 | 2. Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos. |
| 3 | 3. Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación. |
| 4 | 4. Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios. |
| 5 | 5. Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional. |
| 6 | 6. Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios. |
| 7 | 7. Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%. |
| 8 | 8. Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social. |
| 9 | 9. Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres. |
| 10 | 10. Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional. |

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 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° 1825237	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	\$ 412.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	\$ 528.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	\$ 80.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.021.400


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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p align="center">ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON PS_2104_2025_75284E</p> <hr/> <p align="center">ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON CC: 1020751321</p>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p align="center">CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2104_2025_75284E</p> <hr/> <p align="center">CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020751321	ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON		CRA 49 # 134D - 09 APTO 503	3175233454	andysrendon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1825237	\$1.049.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	412.700	0		0		0	0	0	0	412.700	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	528.200	0	0	0	0	0	0	0	528.200	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	80.500				80.500	0	0	80.500			805	80.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	412.700	412.700
Pensión	1	528.200	528.200
Riesgos Laborales	1	80.500	80.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.049.900	1.049.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020751321	ANDRES ESTEBAN SIERRA RENDON		CRA 49 # 134D - 09 APTO 503	3175233454	andysrendon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	05/01/2026	1825237	\$1.049.900		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020751321	SIERRA RENDON ANDRES ESTEBAN	59	0			N																	230201	3.300.991	528.200	0	0	0	0	EPS008	3.300.991	412.700	14-7	3.300.991	3	80.500	CCF21	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA



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

Datos guardados

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 2104 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	PS 2104 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2104 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 2104 2025 CRP-6659.pdf	1 PS 2104 2025 CRP-6659.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 2104 2025 CRP-13436.pdf	2 PS 2104 2025 CRP-13436.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS_2104 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS_2104 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2104 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2104 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 2104 2025 CRP-19232.pdf	3 PS 2104 2025 CRP-19232.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025_.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 2104 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle