

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

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 3787 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.217.408
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/04/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/10 AL 2026/04/30		



GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES  
PS\_3787\_2026\_DC5C7E

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 COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3787 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/04/10</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 5.250.017	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>128</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.250.017	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.217.408
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** VEINTIUN (21) DIAS

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
-------------------------------	--------------------------------

**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	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
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**

**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 (2026-04-10) AL (2026-04-30)

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

No. DE PLANILLA:	N° 84562120	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/04/17	\$ 354.300
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/17	\$ 453.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/17	\$ 69.100
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 876.900</b>

**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**



*GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES*  
*PS\_3787\_2026\_DC5C7E*

**GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES**  
**CC: 1140842425**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*  
*PS\_3787\_2026\_DC5C7E*

**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

## PAGADO 13/05/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES		
<b>Documento</b>	CC1140842425	<b>Dirección</b>	DG 77B #116 C - 75
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	0
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ICP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias CCF	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 1140842425	GABRIEL EDUARDO SIERRA PAYARES	59	00								X									0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 2.971.000	\$ 475.400	(EPS010) EPS SURA	\$ 2.971.000	\$ 371.400	2.436	\$ 2.971.000	\$ 72.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 919.200

### 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
\$ 2.971.000	\$ 2.971.000	\$ 2.971.000	\$ 0	\$ 475.400	\$ 371.400	\$ 72.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 919.200	\$ 3.400	\$ 922.600