

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[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

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1 PS 1450 2026 CRP -8709.pdf	1 PS 1450 2026 CRP -8709.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>




&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

## Datos guardados

## CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1098646435
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-04-17
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1098646435
NOMBRE EMPLEADO	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
NÚMERO PLANILLA	37113562
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	N
PERÍODO PENSIÓN	2026-03
PERÍODO SALUD	2026-03
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3861001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

### SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	4.529.400	0,1600000	\$ 724.800	\$ 0	\$ 0	\$ 724.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0
30	13.882.960	0,1600000	\$ 2.221.300	\$ 0	\$ 0	\$ 2.221.300	\$ 69.500	\$ 69.500	\$ 0

### SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	4.529.400	0,1250000	\$ 566.200	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0
30	13.882.960	0,1250000	\$ 1.735.400	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

### SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	4.529.400	0,0243600	\$ 110.400	899999123
30	13.882.960	0,0243600	\$ 338.200	899999123

### APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

### TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 1.635.500	\$ 1.169.200	\$ 227.800	\$ 0	\$ 3.032.500

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
54637fe8f6f38c63bdde02fd50324e770417aad947505b94e950c9d8986c12e6e15b895ad6650ba0088aa6289234cc27  
Número de Factura: JAST-139  
Fecha de Emisión: 17/04/2026  
Fecha de Vencimiento: 17/04/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Concentración efectivo/Desembolso  
Crédito plus (CCD+)  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO  
Nombre Comercial: JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO  
Nit del Emisor: 1098646435  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica:

País: Colombia  
Departamento: Bogotá D.C  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C  
Dirección: CL 22 B 58 21 IN 5 AP 402  
Teléfono / Móvil: 031|3013394021|  
Correo: jaimealejandrosierratamayo@gmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900959051  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia  
Departamento: Bogotá D.C  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C  
Dirección: DG 34 5 43  
Teléfono / Móvil: 0313444484  
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	Honorarios medicos mes de abril 2026	ZZ	1,00	\$ 17.273.120,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 17.273.120,00

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 17/04/2026 15:58:00  
**Documento validado por la DIAN:**  
 17/04/2026 16:12:12  
**XML Generado por: Proveedor Tecnológico**  
 830048145  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	
<b>Subtotal</b>	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	
<b>Total impuesto (=)</b>	
<b>Total neto factura (=)</b>	
Descuento Global (-)	
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	\$ \$

### Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

  

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	
<b>Subtotal</b>	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	
<b>Total neto factura (=)</b>	
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 17.273.120,00</b>

### Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

  

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764105885816 Rango desde: 128 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-08-13

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO		CC:	1098646435	
CORREO ELECTRÓNICO:	JAIMEALEJANDROSIERRATAMAYO@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3013394021	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 58 21		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	79372847196

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1450 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 17.273.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30		



JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO  
PS\_1450\_2026\_42C7F0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

CC: 1098646435

CEL: 3013394021

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

**JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO**

**CON C.C N°**

**1.098.646.435**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA NEUROCIRUJANO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1450 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 72.197.760	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>178</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 72.197.760	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 17.273.120
---	---------------	--	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES
--	--------------------

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

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SAUL ARDILA DURAN
-------------------------------	-------------------

**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	Como profesional en neurocirugía debe estudiar, diagnosticar y tratar oportunamente patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un enfoque ético, científico y humano. Su labor incluye brindar atención integral y segura, cumplir con protocolos y normativas vigentes, mantener registros clínicos completos y participar activamente en procesos de calidad, formación, seguridad del paciente y supervisión institucional, asegurando siempre la protección de la información, el uso adecuado de los recursos y la satisfacción del paciente.
---	---

**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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	N° 37113562	<b>OPERADOR:</b>	ASOPAGOS
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	SANITAS	2026/04/17	\$ 1.169.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/17	\$ 1.635.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/17	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.804.700</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 ibr 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**



*JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO*

*PS\_1450\_2026\_42C7F0*

**JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO**

**CC: 1098646435**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*

*PS\_1450\_2026\_42C7F0*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**

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



*SAUL ARDILA DURAN*

*PS\_1450\_2026\_42C7F0*

**SAUL ARDILA DURAN**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**