

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
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		\$ 17.855.360	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO PS_1450_2026_394827 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

OBJETO DEL CONTRATO:	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.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1450 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 72.197.760	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 107.035.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 17.855.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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	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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 38007330	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/09	\$ 1.760.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/09	\$ 2.411.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/09	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 4.172.100

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 afiliación a eps, arl, pensión, 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_394827

JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO

CC: 1098646435

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1450_2026_394827

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_394827

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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		
☐ 1. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 1 PS 1450 2026 CRP -8709.pdf	1 PS 1450 2026 CRP -8709.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 2. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 3 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 4 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 2 PS 1450 2026 CRP -15739.PDF	2 PS 1450 2026 CRP -15739.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 6 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	6 PS 1450 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES																		
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR				
CC	1098646435	JAIME ALEJANDRO SIERRA TAMAYO		ÚNICO	0	0	2026-06	2026-06	38007330		PRIVADA	I	14-7	86				
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO					
CR 68B N 23B 35		BOGOTÁ	1	BOGOTÁ D.C.	11	3013394021	6945638	JAIMEALEJANDROSIERRATAMAYO@GMAIL.COM	8621	0	1	2026-07-09	2026-07-08					
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	1759000	0	0	0	0	0	1759000	1	1300	0	1760300	0	0	0	0	1760300	1
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA												TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A ICBF Y SENA				
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	
25-14	900336004	2251500	0	0	79200	1	1700	100	2411800	1	SINCCF	0	0	1	0	0	0	
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES												NÚMERO ADMINISTRADORAS						
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR	PENSIONES		TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA		
14-7	860002503	342800	0	0	0	342800	1	300	343100	0	0	0	343100	PENSIONES		2411800		
TOTAL APORTES A ESAP														SALUD		1760300		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR		RIESGOS LABORALES		343100		CAJAS COMPENSACIÓN		1				
0		1		0		0		0		0		0		0				
TOTAL APORTES A MINISTERIO														SENDA		0		
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR		ESAP		0		MINISTERIO		0				
0		1		0		0		0		0		GRAN TOTAL		4515200				

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b8cc97fad40deb9fc2bd1679a0371778dac0352d55c238da56ea630489b75598ae05ef677fbcc47fd0743474aabad72d

Número de Factura: JAST-155

Fecha de Emisión: 10/07/2026

Fecha de Vencimiento: 11/07/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

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

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

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: DG 34 5 43

Teléfono / Móvil: 031|3444484|

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	886	Producto genérico	ZZ	1,00	\$ 17.855.360,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 17.855.360,00

Datos Totales



Documento generado el:
10/07/2026 18:00:00
Documento validado por la
DIAN:
10/07/2026 22:26:58
XML Generado por: Proveedor
Tecnológico
830048145
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

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

Valores informativos

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

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		17.855.360,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		17.855.360,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		17.855.360,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=) COP \$ \$		17.855.360,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
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