CONTRATO DE **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** **No.** **CPS-446-2026**

CIUDAD Y FECHA	SOGAMOSO, 03 DE NOVIEMBRE DE 2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN UROLOGIA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.
CONTRATISTA	CLINICA UROLÓGICA ST. MARTIN DE LA SIERRA S.A.S. R/L ARTURO SIERRA CAYCEDO
NIT y/o CC	NIT.900.205.788-0 R/L C.C.: N°17.153.812 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.
CDP (No. CDP, código, nombre y Fecha de expedición del rubro)	N° 1582 DEL 21 DE OCTUBRE DE 2026 DEL RUBRO PRESUPUESTAL N° 2.4.5.02.09 DENOMINADO – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
VALOR DEL CONTRATO	CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($50.000.000)
DURACIÓN DEL CONTRATO	DESDE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL TREINTA (31) DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTISÉIS (2026) Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR PACTADO EN EL CONTRATO.
FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	03 DE NOVIEMBRE DE 2026
REGISTRO PRESUPUESTAL (No RCP. Rubro, nombre y Fecha de expedición	N° 2105 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2026 DEL RUBRO PRESUPUESTAL N° 2.4.5.02.09 DENOMINADO – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO	03 DE NOVIEMBRE DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2026
FORMA DE PAGO	El HOSPITAL, cancelará al contratista en pagos parciales dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la cuenta el valor correspondiente a los servicios prestados durante el periodo, previa presentación de informe de desarrollo de actividades adelantadas y aprobación del mismo por parte del supervisor asignado al contrato, acta parcial, factura electrónica, acreditación de aportes al sistema general de seguridad social, para el pago de honorarios, los servicios prestados se liquidarán de la siguiente forma:

DESCRIPCIÓN	VALOR
CONSULTA	$ 43,000
VALORACIÓN ESPECIALIZADA	$ 43,000
ATENCIÓN DIARIA	$ 43,000
GRUPO 04	$ 134,017
INTERCONSULTA	$ 40,170
VASECTOMIA GRUPO 05	$ 183,149
OTROS GRUPO 05	$ 182,213
CITOSCOPIA GRUPO 06	$ 238,904
OTROS GRUPO 06	$ 210,056
GRUPO 08	$ 324,727
VARICOCELECTOMIA GRUPO 09	$ 388,538

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

ORQUIDECTOMIA RADICAL GRUPO 09	$ 348,978
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ENDOURETRAL (CATETER JJ) GRUPO 09	$ 348,978
HIDROCELECTOMIA GRUPO 09	$ 348,978
ORQUIDECTOMIA/ORQUIDECTOMIA RADICAL GRUPO 09	$ 348,978
OTROS GRUPO 09	$ 348,978
PENECTOMIA GRUPO 10	$ 488,519
AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE GRUPO 10	$ 429,705
OTROS GRUPO 10	$ 429,705
NEFRECTOMIA SIMPLE GRUPO 11	$ 547,709
11530 Cierre fístula vaginal (por cualquier vía) grupo 11	$ 481,611
OTROS GRUPO 11	$ 481,611
AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE GRUPO 12	$ 610,482
CISTOURETROPEXIA RETROPUBICA GRUPO 12	$ 536,899
PROSTATECTOMIA ABIERTA GRUPO 12	$ 613,599
RESECCIÓN CUELLO VESICAL VIA TRANSURETRAL GRUPO 12	$ 613,599
9351 Corrección fístula vesical, vésico entérica, vésico vaginal grupo 12	$ 536,899
Resección transvesical cuello vesical GRUPO 12	$ 536,899
LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL; INCLUYE CLASIFICATORIA, CISTORREDUCTORA GRUPO 12	$ 536,899
OTROS GRUPO 12	$ 536,899
PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL GRUPO 13	$ 667,876
PROSTATECTOMIA TOTAL GRUPO 13	$ 587,499
NEFRECTOMIA PARCIAL O RADICAL GRUPO 13	$ 587,499
LINFADENECTOMÍA PÉLVICA GRUPO 13	$ 587,499
NEFRECTOMIA FRUPO 13	$ 587,499
OTROS GRUPO 13	$ 587,499
PROSTATECTOMIA RADICAL GRUPO 20	$ 695,535
ARRENDAMIENTO EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA ESPECIALIDAD	$ 5,500.000
PAQUETE NEFROLITOTOMIA RETROGRADA LASER incluye: EQUIPO LASER HOLMIUM, FIBRA LASER, URETERORENOSCOPIO FLEXIBLE, HONORARIOS ESPECIALISTA	$ 4,590,000

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

	PARAGRAFO 1.- Los procedimientos que no se encuentran en la tabla anterior de procedimientos se cancelaran de la siguiente manera: **a.** Cincuenta por ciento (50%) del valor de los honorarios profesionales facturado por el Hospital a las EAPB. **PARÁGRAFO 2.-** Para tramitar cualquiera de los pagos, el CONTRATISTA deberá acreditar constancia de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de conformidad con la normatividad vigente, para el caso de las personas jurídicas la acreditación y verificación de este requisito se realizará conforme al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, mientras que, para el caso de las personas naturales, se verificará con el pago de la planilla de seguridad social según aplique. **PARÁGRAFO 3:** El pago de los procedimientos estarán sujetas a la verificación del cumplimiento por parte de los apoyos a la supervisión y el aval de la supervisión, previo a la verificación de la facturación de los procedimientos y de las interconsultas. **Valor Total a Pagar:** Sumatoria del pago por concepto de consultas y procedimientos realizados, debidamente facturados y avalados por la supervisión y los apoyos a la supervisión.
AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL Y/O CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES	SI CUMPLE
CARGO DEL SUPERVISOR	SUBGERENTE CIENTIFICA.
APROBACION DE POLIZA **No. de póliza** **Fecha de expedición (Cuando aplique**	N° 11-44-101294942 y N° 11-40-101098592, expedida por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

En Sogamoso, a los 03 días del mes de NOVIEMBRE DEL 2026 a los abajo firmantes se Reunieron con el objeto de suscribir el acta de iniciación de contrato o convenio No. CPS-446-2026

Firma contratista

Firma de Supervisor

CLINICA UROLÓGICA ST. MARTIN DE LA SIERRA S.A.S. R/L ARTURO SIERRA CAYCEDO	**ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ**
CONTRATISTA	**SUBGERENTE CIENTIFICA.**

Proyecto: Carlos Camargo, Técnico Administrativo Contratación
Reviso: Yesica Rivera. Profesional Apoyo Contratación.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad