

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2025-06-09		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO</b>						
CON C.C.N°			1.013.646.367			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5856 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	3/07/2025		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.245.552		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184		
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.491.104		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.207.360		
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	CINCUENTA Y OCHO DÍAS (58) DIAS					
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</b>					
1	PRESTAR MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.					
2	PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.					
3	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.					
4	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN					
5	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD					
6	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.					
7	DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO)					
8	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA					
9						
10						
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>						
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)						
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
<b>No. DE PLANILLA:</b>	34270795		<b>OPERADOR:</b>	ASOPAGOS S.A.		
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>			
<b>SALUD:</b>	SURA	13/08/2025	\$ 233.400			
<b>PENSIÓN:</b>	PROTECCION	13/08/2025	\$ 298.700			
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	BOLIVAR	13/08/2025	\$ 45.500			
<b>OTRO</b>						
<b>TOTAL PAGADO</b>					<b>\$ 577.600</b>	
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>						
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación 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.						
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)						
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO CC No 1.013.646.367			
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA SUPERVISOR ALTERNO			
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:</b>			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025 ✓			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO	CC:	1013646367
CORREO ELECTRÓNICO:	miguelparadalizarazo@gmail.com	TELÉFONO:	3042482334
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 159 54 42	CIUDAD:	BOGOTA
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		( )	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
<b>Régimen Simple De Tributación</b> : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.		SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS N° CUENTA: 26300210
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5856 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.207.360
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓		
<p> <u>JOSE MIGUEL PARADA</u>            JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO            C.C 1013646367            Cel: 3042482334         </p>			

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1013646367 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión: 2025-07	230201	800229739	PROTECCION	1	0	298.700	0	298.700
Periodo salud: 2025-07	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	233.400	0	233.400
Planilla Nro.: 34270795 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	0	45.500	0	45.500
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción: 2025-08-13	PASENSA	899999034	SENA	1	0	0	0	0
Banco: BBVA	PAICBF	899999239	ICBF	1	0	0	0	0
Transacción: 1699075837	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
<b>GRAN TOTAL</b>								<b>\$ 577.600</b>

PAGADO



# Listo

Finalizaste tu pago



Pago exitoso

**\$577.600,00**

13 ago, 2025--4:06:55 PM

Producto o servicio	Pago de seguridad Social Integrado	ASOPAGOS
Pagaste con	Cuenta de Ahorros	*2544
Código de confirmación (CUS)	1699075837	
IP	190.25.204.250	

[Volver al comercio](#)

[Imprimir comprobante](#)

100-1000

100-1000