

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO

CON C.C.Nº 1.013.646.367

OBJETO DEL CONTRATO: 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5856 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 3/7/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 7.245.552 **No. HORAS EJECUTADAS** 210

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 21.736.656 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$8.269.380

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS OCHENTA Y OCHO (88) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

1	VALOR HONORARIOS DEL MES SEPTIEMBRE POR VALOR DE 7.245.552
2	HORAS ADICIONALES MES DE SEPTIEMBRE 26 HORAS, POR VALOR DE 1.023.828
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	PRESTAR MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS
10	PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.

III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	ENTIDAD	OPERADOR:	FECHA DE PAGO	VALOR
34737168	SURA	ASOPAGOS S.A	16/9/2025	\$362.300
	PROTECCION		16/9/2025	\$463.800
	BOLIVAR		16/9/2025	\$70.700
TOTAL PAGADO				\$896.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

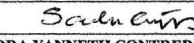
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.


VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO
 CC No 1.013.646.367

FIRMA DE QUIEN VALIDA

 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
 SUPERVISOR ALTERNO

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

 LORENZA BECERRA CAMARGO
 SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO	CC:	1013646367
CORREO ELECTRÓNICO:	miguelparadalizarazo@gmail.com	TELEFONO:	3042482334
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 153 54 42	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
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			
Régimen Simple De Tributación : 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 De BOGOTA	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	\$ 8.269.380
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/7/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/9/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
<p> JOSE MIGUEL PARADA _____ JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO C.C 1013646367 Cel: 3042482334 </p>			



RAZÓN SOCIAL :	JOSE MIGUEL PARADA LIZARAZO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1013646367
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-16
FECHA DE PAGO:	2025-09-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34737168
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34737168
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 2.898.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 362.300	\$ 362.300
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 2.898.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 463.800	\$ 463.800
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 2.898.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 70.700	\$ 70.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 896.800	\$ 896.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/11/2025
----------------------------------	------------





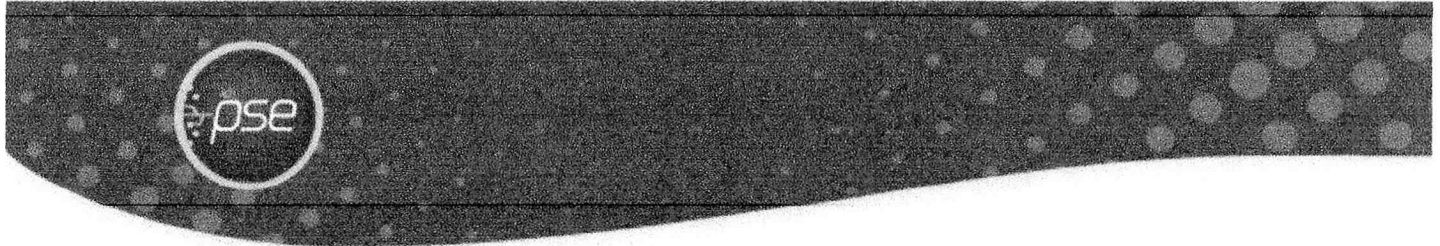
MIGUEL PARADA <miguelparadalizarazo@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1781336084

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: miguelparadalizarazo@gmail.com

16 de septiembre de 2025, 13:51



¡Hola, jose miguel parada lizarazo!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 896.800

Empresa: ASOPAGOS

Descripción: Pago de seguridad Social Integrado

Fecha de la transacción: 16/09/2025

CUS: 1781336084

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

