

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON			CC:	1023937274
CORREO ELECTRÓNICO:	lizarazopsicologia@gmail.com			TELÉFONO:	3006249996
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 22B 55 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	LULO BANK	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	792983136829
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6267 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.749.960	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON PS_6267_2025_6F7F4D NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON CC: 1023937274 CEL: 3006249996					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON

CON C.C N° 1.023.937.274

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6267 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.074.932	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.074.932	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.749.960
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS
---	----------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
------------------------	---------------------------

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	1. REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD CONFORME A LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	2. PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DE HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA GERENCIAL.
3	3. VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR ESTÉ PREVIAMENTE CARACTERIZADA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL E INTRAMURAL, REALIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA PERTINENTE REGISTRANDO LA INFORMACIÓN EN DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO, PREVIA FACTURACIÓN Y CARGUE DE LA AGENDA
4	7. REALIZAR ATENCIONES A LA POBLACIÓN CON RIESGO EN SALUD MENTAL SEGÚN EL CRITERIO PROFESIONAL Y EL RIESGO DE LOS CASOS RELACIONADOS CON EVENTOS TRAUMÁTICOS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DIFICULTADES EN LAS RELACIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL, LABORAL Y AMBIENTAL.
5	9. REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN Y REPORTE AL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA SISVECOS, ASÍ COMO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, EL MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA SEXUAL SIVIM, EN AQUELLOS CASOS QUE NO ESTÉN SIENDO ATENDIDOS POR EL PROGRAMA ENTORNOS CUIDADORES.
6	13. REALIZAR EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PAGO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS DEMÁS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
7	8. CARACTERIZAR LA POBLACIÓN QUE ABORDARÁN LOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN ARTICULACIÓN CON LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR EBEH.
8	12. ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y/O CONVOCATORIAS, ASÍ COMO REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS O JORNADAS A LAS CUALES SEA CONVOCADO.
9	4. REALIZAR RECONOCIMIENTO Y ADECUACIÓN TERRITORIAL/COMUNITARIA.
10	5. IDENTIFICAR, REGISTRAR, ANALIZAR Y REPORTAR LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL SEGÚN LOS HALLAZGOS Y EL RIESGO DE CADA CASO.
11	14. ENTREGAR COMO PRODUCTOS: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SUBRED COMPLETAMENTE DILIGENCIADA, ÓRDENES EMITIDAS DE LAS PERSONAS PERTENECIENTES A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE LOS PLANES DE BENEFICIO EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED, CANALIZACIÓN AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SIRC (PARA PERSONAS DE OTRAS EAPB QUE NO TENGAN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA IDENTIFICADO, PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL, REGISTROS REALIZADOS EN LOS APLICATIVOS DINÁMICA GERENCIAL, GTAPS Y DEMÁS REQUERIDOS DENTRO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN.

12	8. REALIZAR EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.		
13	19. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.		
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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9493294879	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/17	\$ 124.557
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/17	\$ 159.432
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/17	\$ 24.274
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 308.263
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 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		 DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON PS_6267_2025_6F7F4D DANIEL CAMILO LIZARAZO RINCON CC: 1023937274	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6267_2025_6F7F4D BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023937274		LIZARAZO RINCON DANIEL CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 4 # 22B - 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	06859359	9493294879	I	2025/10/17	2025/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1023937274	LIZARAZO DANIEL	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023937274		LIZARAZO RINCON DANIEL CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 4 # 22B - 55 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	06859359	9493294879	I	2025/10/17	2025/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	