

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR			CC:	1015468576
CORREO ELECTRÓNICO:	jose9704@gmail.com			TELÉFONO:	3103276436
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 6 80			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	802285643
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5754 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.100.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/12	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				



JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR

PS_5754_2025_C3D7AC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR

CC: 1015468576

CEL: 3103276436

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR				
CON C.C N°			1.015.468.576	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5754 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/12
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.330.000	No. HORAS EJECUTADAS	0	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.030.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.100.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN			
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	Aplicar las normas de recepción, almacenamiento y distribución de los insumos para el buen funcionamiento del sub-almacén de la respectiva unidad.			
2	Apoyar al sub-almacén de la respectiva unidad en la recepción de insumos y elementos que suministran los proveedores verificando sus especificaciones técnicas contra el contrato y factura.			
3	Organizar los medicamentos, insumos medico quirúrgicos y demás elementos en la estantería de acuerdo con el orden establecido, para detectar el índice de rotación y los niveles de existencia.			
4	Realizar la clasificación y organización de los elementos que ingresan al sub-almacén de acuerdo a la recepción de los mismos, a fin de garantizar su rápida localización y seguridad, manteniendo las condiciones de calidad y oportunidad.			
5	Alistar y realizar las entregas de los insumos que requieren las áreas y servicios de la respectiva unidad, de acuerdo con los pedidos y comprobantes de salidas.			
6	Se realizan las entregas de los insumos que requieren las áreas y servicios de la respectiva unidad de acuerdo con las solicitudes.			
7	Se realiza inventarios aleatorios de insumos y elementos del almacén con el fin de garantizar existencias en el sistema contra físico.			
8	Velar por la legalización, recolección de firmas en los soportes de egreso.			
9	Se realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificación en el cumplimiento de las mismas			
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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 92086796	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	\$ 178.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/11	\$ 34.700	

OTRO			
TOTAL PAGADO		\$ 440.500	
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		 <i>JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR</i> <i>PS_5754_2025_C3D7AC</i> JONATHAN STIVEN PARADA AGUILAR CC: 1015468576	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 <i>JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ</i> <i>PS_5754_2025_C3D7AC</i> JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 <i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i> <i>PS_5754_2025_C3D7AC</i> MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN SUPERVISOR DEL CONTRATO	