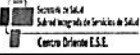


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                           |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 52.450.433 |                                                         |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                         |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                      |  | PS 1567 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | FECHA INICIO CONTRATO                                   |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | \$ 7.194.624                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 12/01/2024                                              |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                               |  | \$ 36.424.677                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:               |  |
| Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | Nº CRP:                                                 |  |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                |  | DIEZ (10) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | Nº CDP:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 140                                                     |  |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                         |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                         |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | PRORROGAS                                               |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 3.934.560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 3.840.880                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 5.495.893                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 4.121.920                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 11.241.600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ 595.200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 6                                                       |  |
| III. POLIZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| ¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | NO                                                      |  |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                               |  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | FECHA DE APROBACIÓN:                                    |  |
| IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizaron las diferentes actividades como consultas, seguimientos de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan los auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en el mes de OCTUBRE del 2024. |            |                                                         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizó procedimientos de acuerdo a la competencia de enfermería tales como inserción de implantes subdermicos, IDU, toma de pruebas rápidas, en el mes de OCTUBRE del 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizó los correspondientes notificaciones, seguimientos a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública del mes de OCTUBRE del 2024                                                                                                                                                                                                                                          |            |                                                         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizó el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente del mes de OCTUBRE del 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizaron las diferentes actividades y procedimientos de enfermería cumpliendo con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad en el mes de OCTUBRE del 2024                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                         |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se realizó el apoyo en el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MIAS correspondientes al mes de OCTUBRE del 2024 de acuerdo a los parámetros establecidos.                                                                                                                                                                                |            |                                                         |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Se garantizó el apoyo en el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento con uso adecuado de los insumos y medicamentos requeridos en el servicio para el mes de OCTUBRE del 2024.                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                         |  |
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 1067106084                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            | OPERADOR:                                               |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            | FECHA DE PAGO                                           |  |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | FAMISANAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 4/10/2024                                               |  |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | COLPENSIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 4/10/2024                                               |  |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SEGUROS BOLIVAR S.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 4/10/2024                                               |  |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | \$ 488.500                                              |  |
| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| 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 Ibc se calculó 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 periodo correspondiente                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| CC: 52'450.433                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| CEL: 3134028724                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     |                                                                                                      | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                        | <b>CÓDIGO: AP-1A-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 6</b> |                                                                  |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)</b>                                                                                                                                                       |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                          | <b>JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL</b>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      | <b>CC:</b>             | <b>52450433</b>                                  |                                                                  |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                           | <b>johas2510@gmail.com</b>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      | <b>RUT (NIT):</b>      | <b>52450433</b>                                  |                                                                  |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                          | <b>CARRERA 12 F # 30 - 61 SUR INTERIOR 3 APARTAMENTO 103</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                      | <b>TELÉFONO:</b>       | <b>3134028724</b>                                |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      | <b>CIUDAD:</b>         | <b>BOGOTÁ</b>                                    |                                                                  |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>                                                                                              |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <b>NO tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      | <b>( )</b>             |                                                  |                                                                  |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      | <b>( )</b>             |                                                  |                                                                  |
| 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 párrafo                 |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| Regimen 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 |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        | <b>SI ( )</b>                                    | <b>NO ( )</b>                                                    |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>                                                                                                                                                                      | <b>BANCOLOMBIA</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | <b>AHORROS</b>                                   | <b>N° CUENTA:</b>                                                |
| <b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>                                                                                                             | <b>BANCOLOMBIA</b>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  | <b>20455815379</b>                                               |
| <b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>                                                                                                                     |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                              | <b>PS1567/2024</b>                                                                                   | <b>N° CDP:</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>2784</b>            | <b>N° RP:</b>                                    | <b>39917</b>                                                     |
|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES Y 9 DIAS</b> |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>                                                                                                                                                                      | <b>24/01/2024</b>                                                                                    | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                | <b>31/10/2024</b>      |                                                  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 36'424.677</b>   |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>                                                                                                                                                                      | <b>DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024</b>                                                                  |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>                                                                                                                | <b>\$ 3.945.600</b><br><b>TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE</b> |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |
| <br><b>JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL</b><br><b>C.C 52'450.433</b><br><b>cel: 3134028724</b>                          |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                  |                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br>APOYO - GESTION DE CONTRATACION<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y<br>APOYO A LA GESTION |                                   | CÓDIGO: AP-1A-FT-078<br>VERSIÓN: 2               |                            |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     | <b>JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL</b> |                                                  |                            |
| <b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     | <b>52.450.433</b>                 |                                                  |                            |
| <b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.        |                                   |                                                  |                            |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | <b>PS 1567/2024</b>                                                                                                                                                                                 |                                   | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>22/01/2024</b>                                |                            |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 7.194.624,00                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 36.424.677,00                                                                                                                                                                                    |                                   | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | \$ 3.945.600,00                                  |                            |
| <b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | (10 de 10)                                                                                                                                                                                          |                                   | <b>Nº CDP INICIAL:</b>                           |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | 14194                                            |                            |
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           | NUEVE (9) MESES Y NUEVE (9) DIAS                                                                                                                                                                    |                                   |                                                  |                            |
| <b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           | 1067106084                                                                                                                                                                                          |                                   | <b>OPERADOR:</b>                                 |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | SIMPLE                                           |                            |
| <b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           | AMBULATORIO                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                  |                            |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           | SCH CENTRO DE SALUD CHIRCALES                                                                                                                                                                       |                                   |                                                  |                            |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS                                                                                                                                      |                                   |                                                  |                            |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>Nº DE MODIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>Nº (6)</b>                                                                                                                                                                                                             | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</b>                                                                                                                                                   |                                   | <b>ADICIÓN (6)</b>                               | <b>PRÓRROGA (6)</b>        |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 3.934.560                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 934                               | RP DE LA ADICIÓN:                                | 21008                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | UN MES (1)                 |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 3.840.880                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 1261                              | RP DE LA ADICIÓN:                                | 23892                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | UN MES (1)                 |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 5.495.893                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 1618                              | RP DE LA ADICIÓN:                                | 29172                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | UN MES(1) Y DIEZ DIAS (10) |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 4.121.920                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 2199                              | RP DE LA ADICIÓN:                                | 33018                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | UN MES (1) Y UN DIA (1)    |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 11.241.600                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 2606                              | RP DE LA ADICIÓN:                                | 36549                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | TRES MESES (3)             |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ 595.200                                                                                                                                                                                                                | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  | 2784                              | RP DE LA ADICIÓN:                                | 39917                      |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        | TRES MESES (3)             |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                                           | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                  |                                   | RP DE LA ADICIÓN:                                |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   | <b>TIEMPO PRORROGADO:</b>                        |                            |
| <b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | SI                                                                                                                                                                                                  |                                   | NO                                               |                            |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                          |                                   |                                                  |                            |
| <b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                           | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                           |                                   |                                                  |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | ACTO ADMINISTRATIVO DE                                                                                                                                                                              |                                   |                                                  |                            |
| <b>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 cláusula "Forma de Pago, <b>CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/10/2024 AL 31/10/2024) |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                  |                            |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b><br>CLAUDIAMARCELA MELO PASTRAN<br>CARGO:<br>DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS                                                                                |                                   |                                                  |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b><br>EDISON SÁNCHEZ QUINTERO<br>PERFIL:<br>ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS                                                                          |                                   |                                                  |                            |

Luz Stella Muñoz Beltrán

# Simple

## Información de la Planilla Pagada

|                                          |                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                                  |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                                  |
| Descripción                              | Pago de SuAporte                             |
| Fecha                                    | 2024-10-04, 08:40:27 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | septiembre de 2024                           |
| Periodo de Cotización Para Salud         | septiembre de 2024                           |
| Empresa                                  | JOHANNA MIRELLA CHACON GIL                   |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 52450433                                  |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1067106084                                   |
| Tipo de Planilla                         | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 960863259                                    |
| Banco                                    | (1007) - BANCOLOMBIA                         |
| Valor                                    | \$ 488.500                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 10.0.19.58                                   |

| NIT            | Código | Administradora     | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|--------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900338004     | 25-14  | COLPENSIONES       | 1                | \$ 252.600     | \$ 0                 |
| N830003564     | EPS017 | FAMISANAR          | 1                | \$ 197.400     | \$ 0                 |
| N860002503     | 14-7   | SEGUROS BOLIVAR SA | 1                | \$ 38.500      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                    |                  | \$ 488.500     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                    |                  |                | \$ 488.500           |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 6540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!