

|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                    |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTION 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 ANA MARIA LOPEZ VERGARA                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 52.278.569 |                                                         |  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                |  | PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".                                                                                                                                                                                   |            |                                                         |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                               |  | PS 4628 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | FECHA INICIO CONTRATO                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 28/08/2024                                              |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                          |  | \$ 2.413.685                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | UN (01) MES Y TRES (03) DIAS                            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                        |  | \$ 3.795.714                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:               |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | \$ 2.076.288                                            |  |
| N° DE INFORME:                                                                                                                                                                                                      |  | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | N° CRP:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 40533                                                   |  |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                         |  | DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | N° CDP:                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 3007                                                    |  |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                          |  | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                         |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                              |  | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                         |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                  |  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | TIPO DE MODIFICACIÓN                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | ADICIONES                                               |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ 1.382.029                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | CDP DE LA ADICIÓN:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 3461                                                    |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | CRP DE LA ADICIÓN:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 43360                                                   |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | TREINTA Y UN (31) DIAS                                  |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    |  | \$ -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            | TIEMPO PRORROGADO:                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| III. POLIZAS                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                      |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | NO                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | X                                                       |  |
| N° DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                               |  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | FECHA DE APROBACIÓN:                                    |  |
| IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                         |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                   |  | Preste servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.                                                                                                                                                                             |            |                                                         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                   |  | Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno, registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.                                                                                                                                                                                                           |            |                                                         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                   |  | Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.                                                                                                                            |            |                                                         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                   |  | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la Dirección Centro Regulados de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos de guías y protocolos de la Subred Centro Oriente, para la atención de pacientes en el Programa de Atención Prehospitalaria |            |                                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                   |  | Cumpli con el procedimiento de entrega y recepción de programación de actividades, con registros de novedades, además de el, las necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Prehospitalaria                       |            |                                                         |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Di un correcto uso a los elementos tecnologico (celular institucional, tablet), asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener comunicaci3n efectiva y oportuna con el lider de la unidad funcional o con quien el lo designe. |
| 7  | Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificaci3n por el CRUES                                                                                                                                                                                                                                                |
| 8  | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a los establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como contratista OP de la Subred Centro Oriente E.S.E                                                                                                                                     |
| 9  | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 10 | Implemente las listas de chequeo para monitorizaci3n y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfecci3n de los vehiculos de emergencia.                                                                                                                                                                                             |
| 11 | Realice informe y registro oportuno de datos criticos.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12 | Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 13 | Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                              |
| 14 | Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual                                                                                                                                                                                                                                   |
| 15 | Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, condidencialidad de la informaci3n que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                                              |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomedicos al area respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o aseguradora.                                                                                                                                                                                              |
| 17 | Aplique las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de gesti3n de calidad insitucional.                                                                                                                                                                                                 |
| 18 | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion.                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 19 | Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informes de cuentas de cobro, certificados de pago de aporte de seguridad social y demas soportes, para el pago de mis honorarios                                                                                                |
| 20 | Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto contractual y la ejecuci3n del Convenio 6677277-2024 APH dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato, contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                      |

#### V. INFORMACI3N DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |              |               |              |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | 30965912     | OPERADOR:     | ASOPAGOS S.A |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SURA         | 10/10/2024    | \$ 162.500   |
| PENSI3N:           | COLPENSIONES | 10/10/2024    | \$ 208.000   |
| RIESGOS LABORALES: |              |               |              |
| OTRO               |              |               |              |
| TOTAL PAGADO       |              |               | \$ 370.500   |

#### VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarroll3 las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realic3 el pago de la Seguridad Social donde el ibe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliaci3n a eps, arl, pensi3n, 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 ocasi3n al sealado contrato.

#### VII. ANEXOS

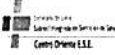
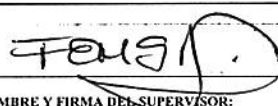
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotogr3ficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

*ANA MARIA LOPEZ*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA LOPEZ VERGARA  
CC: 52278569  
CEL: 3103444887

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>Y DE APOYO A LA GESTIÓN |                 | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6                                       |                                                           |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANA MARIA LOPEZ VERGARA      |                                                                                                                                                                                          | CC:             | 52278569                                                                 |                                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | anmalo_29@hotmail.com        |                                                                                                                                                                                          | RUT (NIT):      | 52278569-1                                                               |                                                           |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 5 ESTE # 24A 19 SUR       |                                                                                                                                                                                          | TELÉFONO:       | 3103444887                                                               |                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                          | CIUDAD:         | BOGOTÁ DC                                                                |                                                           |
| Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| NO tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                          | (X)             |                                                                          |                                                           |
| SI tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                          | ( )             |                                                                          |                                                           |
| La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales. |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                                          |                 | SI ( )                                                                   | NO (X)                                                    |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DAVIVIENDA                   |                                                                                                                                                                                          | TIPO DE CUENTA: | AHORROS                                                                  | Nº CUENTA:                                                |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          | 0550475000060339                                          |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 4628 2024                 | Nº CDP:                                                                                                                                                                                  | 3461            | Nº. RP:                                                                  | 43360                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                          |                 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS |                                                           |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 28/08/2024                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                                                                                                                                                           | 31/10/2024      |                                                                          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 3.795.714 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 2.076.288                 |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| DOS MILLONES SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA LOPEZ VERGARA<br>C.C 52278569<br>cel: 3103444887                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                          |                                                           |

| <div>  <div> <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div> </div> <div> <div>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</div> <div>VERSIÓN: 2</div> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ANA MARIA LOPEZ VERGARA                   |                                  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 52.278.569                                |                                  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APII".         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PS 4628 2024                                                                                                                                                                                                              | FECHA INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 28/08/2024                                |                                  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$                                                                                                                                                                                                                        | 2.413.685                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$                                                                                                                                                                                                                        | 3.795.714                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.076.288                     |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( 2 de 3 )                                                                                                                                                                                                                | Nº CRP INICIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40533                                     | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3007 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 30965912                                                                                                                                                                                                                  | OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ASOPAGOS S.A                              |                                  |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APII"                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| Nº DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                                         | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           | ADICION ( 1 )                    |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 1.382.029                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3461                                      | RP DE LA ADICIÓN: 43360          |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | RP DE LA ADICIÓN:                |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI                                                                                                                                                                                                                        | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X                                         |                                  |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | SI NO                            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X                                |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X                                |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X                                |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X                                |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | X                                |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, 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)                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | <div>  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br/> FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br/> CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 </div> <div>  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br/> MARITZA CÁRDENAS PALOMINO<br/> PERFIL: ENFERMERA </div> |                                           |                                  |



|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | ANA MARIA LOPEZ VERGARA |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-52278569             |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                       |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                       |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2024-10-10              |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2024-10-16              |
| FECHA DE PAGO:               | 2024-10-10              |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA        |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2024-09                 |
| PERÍODO SALUD:               | 2024-09                 |
| NÚMERO PLANILLA:             | 30965912                |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                       |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 30965912                |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                       |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE       | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS010         | 800088702 | EPS SURA     | 1                | \$ 1.300.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 162.500                | \$ 162.500  |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES | 1                | \$ 1.300.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 208.000                | \$ 208.000  |
| Total a pagar  |           |              |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 370.500                | \$ 370.500  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 19/11/2024 |
|----------------------------------|------------|

