

|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               | 46.384.188                                |                                                         |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PS 4172 2024                                                                                                                                                                                                  |                                           | FECHA INICIO CONTRATO                                   | 11/06/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                            | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5.172.493                                                                                                                                                                                                     | PLAZO INICIAL                             | VEINTE (20) DIAS                                        |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                          | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 51.313.485                                                                                                                                                                                                    | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 8.464.080                                            |            |
| Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                        | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nº CRP:                                                                                                                                                                                                       | 31761                                     | Nº CDP:                                                 | 1879       |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                           | SEIS (6) MESES DIECINUEVE (19) DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                            | ISC HOSPITAL SANTA CLARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                    | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TIPO DE MODIFICACIÓN                                                                                                                                                                                          | ADICIONES                                 | 4                                                       | PRORROGAS  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      | 7.758.740                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            | 1260                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 34224      |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      | 31.740.300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            | 2622                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 36410      |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      | 256.320                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            | 3757                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 46541      |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      | 6.385.632                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                      |            |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                      |            |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                      |            |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                 | N/A                                                     |            |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                    | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                               | FECHA DE APROBACIÓN:                      | N/A                                                     |            |
| IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 1                                                                                                                                                                                                     | Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experiencia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 2                                                                                                                                                                                                     | Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnosticos en un ambiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitación y acreditación.                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 3                                                                                                                                                                                                     | Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, mision, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 4                                                                                                                                                                                                     | Realizo las actividades asistenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 5                                                                                                                                                                                                     | Informe al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 6                                                                                                                                                                                                     | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clinicas del sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 7                                                                                                                                                                                                     | Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 8                                                                                                                                                                                                     | Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 9                                                                                                                                                                                                     | Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realice resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido                                                                   |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 10                                                                                                                                                                                                    | Los registros clinicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clinica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplieron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizandome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 11                                                                                                                                                                                                    | La custodia de la información contenida en historia clinica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clinica en los terminos de la Resolución 1995/1999.                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 12                                                                                                                                                                                                    | Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 13                                                                                                                                                                                                    | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos.                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 14                                                                                                                                                                                                    | Se notifica al area encargada cuando hay algun suceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 15                                                                                                                                                                                                    | Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente, y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 16                                                                                                                                                                                                    | Participacion activa en las actividades del servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 17                                                                                                                                                                                                    | Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |
| 18                                                                                                                                                                                                    | Participacion en actividades y jornadas programadas por la SUBRED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                                         |            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio |
| 21 | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio                             |
| 22 | Notificar en la página de seguridad del paciente eventos de seguridad                                                                                                                                                              |
| 23 | Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.                                                                                                               |
| 24 | Participación en actividades académicas del servicio, así como las convocadas desde gestión del conocimiento                                                                                                                       |
| 25 | Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS                                                                                                        |
| 26 | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado.                                                                                                                     |
| 27 | Se informó oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.                                                                                                   |
| 28 | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones                                                                            |
| 29 | Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.                                                                   |
| 30 | Se acreditó la inscripción                                                                                                                                                                                                         |
| 31 | uso diario de carnet de identificación en la institución                                                                                                                                                                           |
| 32 | Se cumplió la programación de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades también fueron gestionadas                                                                                           |
| 33 | Cuando aplica se participa en investigaciones                                                                                                                                                                                      |

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

|                    |  |               |  |              |  |
|--------------------|--|---------------|--|--------------|--|
| No. DE PLANILLA:   |  | OPERADOR:     |  | MI PLANILLA  |  |
| CONCEPTO DEL PAGO  |  | FECHA DE PAGO |  | VALOR PAGADO |  |
| SALUD:             |  | 10-12-2024    |  | 423.500      |  |
| PENSIÓN:           |  | 10-12-2024    |  | 542.000      |  |
| RIESGOS LABORALES: |  | 10-12-2024    |  | 82.800       |  |
| OTRO               |  |               |  |              |  |
| TOTAL PAGADO       |  |               |  | 1048.300     |  |

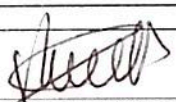
#### VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

#### VII. ANEXOS

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

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

  
RUTH MILENA CHAPARRO RAMÍREZ  
C.C. 46.384.188  
CEL.:3178954773

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|------------|------------------------------------------------------------|--|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</div>                                                                                                                                                                                                                                                       |                              | 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<br>FECHA: 2024-09-16    |  |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              | RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ                                                                                                                                                              |      |                 | CC:        | 46384188                                                   |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              | drmile01@gmail.com                                                                                                                                                                        |      |                 | RUT (NIT): | NA                                                         |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              | CL 46A 3 06                                                                                                                                                                               |      |                 | TELÉFONO:  | 3208222084                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 | CIUDAD:    | BOGOTÁ                                                     |  |
| Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| NO tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 | ( )        |                                                            |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              | BBVA                                                                                                                                                                                      |      | TIPO DE CUENTA: | AHORROS    | Nº CUENTA:                                                 |  |
| NOMBRE DEL BANCO<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLIEGABLE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            | 181332800                                                  |  |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 4172 2024                 | Nº CDP:                                                                                                                                                                                   | 3757 | Nº. RP:         | 46541      | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS : SEIS (6) MESES |  |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6/06/2024                    | FECHA DE TERMINACIÓN<br>CONTRATO:                                                                                                                                                         |      | 31/12/2024      |            | S 51.313.485                                               |  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO EN<br>(LETRAS Y NÚMEROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | S                            |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            | 8.464.080                                                  |  |
| OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHENTA PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |
| <br>RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ<br>46384188<br>3208222084                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                           |      |                 |            |                                                            |  |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y                         |                              | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                | RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ |                                                         |  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                | 46.384.188                   |                                                         |  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |                              |                                                         |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           | PS 4172 2024                                                                                                                                                                                   |                              | FECHA INICIO CONTRATO                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | 11/06/2024                                              |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                           | 5.172.493                                                                                                                                                                                      |                              |                                                         |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 51.313.485                                                                                                                                                                                  |                              | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 8.464.080  |  |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           | (7 DE 7)                                                                                                                                                                                       |                              | Nº CRP INICIAL: 31761                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1879                        |  |
| PLAZO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           | SEIS (6) MESES DIECINUEVE (19) DÍAS                                                                                                                                                            |                              |                                                         |  |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                           | 82481493                                                                                                                                                                                       |                              | OPERADOR MI PLANILLA                                    |  |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           | DIRECCION DE HOSPITALIZACION                                                                                                                                                                   |                              |                                                         |  |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | ISC HOSPITAL SANTA CLARA                                                                                                                                                                       |                              |                                                         |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ                                                                                                                                                                     |                              |                                                         |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
| Nº DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                           | 4                                                                                                                                                                                              |                              | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | 4                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 7.758.740                                                                                                                                                                                   |                              | CDP DE LA ADICIÓN: 1260                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | RP DE LA ADICIÓN: 34224                                 |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 31.740.300                                                                                                                                                                                  |                              | CDP DE LA ADICIÓN: 2622                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | RP DE LA ADICIÓN: 36410                                 |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 256.320                                                                                                                                                                                     |                              | CDP DE LA ADICIÓN: 3757                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              | RP DE LA ADICIÓN: 46541                                 |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           | \$ 6.385.632                                                                                                                                                                                   |                              | 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)                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
| ¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | SI                                                                                                                                                                                             |                              | NO                                                      |  |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           | NA                                                                                                                                                                                             |                              | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: NA                            |  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           | NA                                                                                                                                                                                             |                              | ACTO ADMINISTRATIVO DE NA                               |  |
| 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 ( 01/12/2024) AL 31/12/2024) |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                         |  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ<br>DIRECTOR TECNICO COMIGO 09 GRADO 05                                                                                                                              |                              |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           | JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS<br>REFERENTE CLINICAS MEDICAS                                                                                                                                   |                              |                                                         |  |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                 |                      |              |                    |                                           |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------|--------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CORREO             | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 46354188           | RUTH MILENA CHAPARRO<br>RAMÍREZ | Cra 3 Este Bis 47-11 | 4452953      | dmile01@gmail.com  |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL              | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA                 | 1 - Independiente  |                                 |                      | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.        |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                  |                              |                    |                  |
|----------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD         |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                     |                  |                              |                    | EMPLEADOS<br>UPC |
| 2024-11              | 2024-11                               | I                | 10/12/2024                   | 82481495           | 1 0              |
|                      |                                       |                  |                              |                    | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                       |                  |                              |                    | \$1 048 200      |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |               |                   |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|---------------|-------------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora    | Valor Mora<br>UPC |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           | Cotización    |                   |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 423.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0             | 0                 |
|               |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           | Total a Pagar | No. Afiliados     |
|               |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           | 423.500       | 1                 |

| TOTALES PENSION |                               |             |                        |                               |                                |                             |                              |           |            |                   |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------|------------|-------------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario<br>Afiliado | Aporte Voluntario<br>Aportante | Aporte FSP -<br>Solidaridad | Aporte FSP -<br>Subsistencia | Días Mora | Valor Mora | Valor Mora<br>FSP | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Protección) | 800229739-0 | 542.100                | 0                             | 0                              | 0                           | 0                            | 0         | 0          | 0                 | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |
|---------------------------|-----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Código ARL                | Nombre    | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor |
|                           |           |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |
| 14-11                     | ARL SURIA | 800903790-5 | 82.600                    |                  |       |                           | 82.600                   | 0            | 0                        | 82.600                 | 0                             |
|                           |           |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          | Fondo<br>Solidaridad   | No. Afiliados                 |
|                           |           |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          | 826                    | 1                             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                   |                                        |               |
|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras<br>Reportadas | Valor antes de IGE, LMA,<br>IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                                 | 423.500                                | 423.500       |
| Pensión                | 1                                 | 542.100                                | 542.100       |
| Riesgos Laborales      | 1                                 | 82.600                                 | 82.600        |
| CCF                    | 0                                 | 0                                      | 0             |
| ESAP                   | 0                                 | 0                                      | 0             |
| ICBF                   | 0                                 | 0                                      | 0             |
| MEN                    | 0                                 | 0                                      | 0             |
| SENA                   | 0                                 | 0                                      | 0             |
| TOTALES                | 3                                 | 1 048 200                              | 1 048 200     |