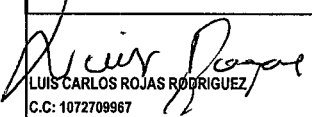
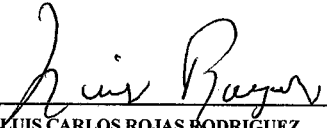


|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|
| <br>Ministerio de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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<br>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<br>LUIS CARLOS ROJAS RODRIGUEZ                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        | 1.072.709.967                         |                                                         |               |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E                    |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| PS 1799 2025                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 4614 2025                                                                                                                                                                                                     |                           | FECHA INICIO CONTRATO                                                  |                                       | 11/02/2025                                              |               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 19.484.080                                                                                                                                                                                                    |                           | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                                             | DOS ( 2 ) MESES Y DIECISIETE(17) DIAS |                                                         |               |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ 19.484.080                                                                                                                                                                                                    |                           | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:                              |                                       | \$ 3.036.480                                            |               |
| Nº DE INFORME:                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                |                           | Nº CRP:                                                                | 10816                                 | Nº CDP:                                                 | 233           |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUATRO ( 4 ) MESES Y DIECISIETE(17) DIAS                                                                                                                                                                         |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL                                          |                                       |                                                         |               |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           | XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32 |                                       |                                                         |               |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                          | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIPO DE MODIFICACIÓN                                                                                                                                                                                             | ADICIONES                 | 0                                                                      | PRORROGAS                             | 0                                                       |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            | \$ 442.820 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     | DOS (2) MESES |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                               |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                                     |                                       | TIEMPO PRORROGA DO:                                     |               |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                               | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: |                                                                        |                                       | N/A                                                     |               |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                          | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  | FECHA DE APROBACIÓN:      |                                                                        |                                       | N/A                                                     |               |
| ITEM                                                                                                                                                                        | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 2                                                                                                                                                                           | Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 3                                                                                                                                                                           | Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 4                                                                                                                                                                           | Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 5                                                                                                                                                                           | Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 6                                                                                                                                                                           | Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 7                                                                                                                                                                           | Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 8                                                                                                                                                                           | Emito conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 9                                                                                                                                                                           | Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 10                                                                                                                                                                          | Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 11                                                                                                                                                                          | Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 12                                                                                                                                                                          | Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 13                                                                                                                                                                          | Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 14                                                                                                                                                                          | Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |
| 15                                                                                                                                                                          | Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de FAPB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                        |                                       |                                                         |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades                                                                                                                                                    |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones                                                                                               |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.                     |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.                                                        |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF                                                                                                                                                                |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.                                                                 |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas.                                                                                         |
| <b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                 |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9484198898                                                                                                                                                                                                      |
| OPERADOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>ENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                  |
| <b>SALUD:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ALIANSA SALUD</b>                                                                                                                                                                                            |
| <b>PENSIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>COLPENSIONES</b>                                                                                                                                                                                             |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>COLMENA</b>                                                                                                                                                                                                  |
| <b>OTRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TOTAL PAGADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>\$ 440.500</b>                                                                                                                                                                                               |
| <b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                 |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VII. ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                 |
| (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                 |
| <br>LUIS CARLOS ROJAS RODRIGUEZ<br>C.C: 1072709967<br>CEL: 3118530767                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|-------|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| 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 LUIS CARLOS ROJAS RODRIGUEZ                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.072.709.967                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                        |  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E                             |  |                                                                       |       |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                       |  | PS 4614 2025                                                                                                                                                                                                              |  | FECHA INICIO CONTRATO 11/02/2025                                      |       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                |  | \$ 19.484.080                                                                                                                                                                                                             |  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.036.480                |       |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                    |  | 4 DE 4                                                                                                                                                                                                                    |  | Nº CRP INICIAL:                                                       | 10816 |
|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO                                           | 233   |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                     |  | CUATRO (4 ) MESES Y DIECISIETE(17) DIAS                                                                                                                                                                                   |  |                                                                       |       |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                 |  | 9484198898                                                                                                                                                                                                                |  | OPERADOR: 0                                                           |       |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                             |  | DIRECCION HOSPITALIZACION                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                       |       |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                               |  | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL                                                                                                                                                                                             |  |                                                                       |       |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                      |  | XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32                                                                                                                                                    |  |                                                                       |       |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| Nº DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                         |  | Nº I                                                                                                                                                                                                                      |  | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRórROGA):                            |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  | \$ 442.820                                                                                                                                                                                                                |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:               |       |
| III. Pólizas (SI/Aplica)                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| Nº DE Póliza:                                                                                                                                                                                                               |  | XX                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX                                          |       |
| FECHA DE LA Póliza                                                                                                                                                                                                          |  | DD/MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                |  | ACTO ADMINISTRATIVO DE XX                                             |       |
| 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 1/04/2025) AL (30/04/2025) |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                              |  | XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA<br>CARGO:MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32                                                                                                                                           |  |                                                                       |       |
|                                                                                                                                                                                                                             |  | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ<br>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                 |  |                                                                       |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</div>                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</div> <div>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div> | <div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div> |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LUIS CARLOS ROJAS RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                 | CC: 1072709967                                                                     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | luiscarlosrojasrodriguez@gmail.com                                                                                                                                                                                          | RUT (NIT):                                                                         |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | calle 55 sur # 24c -85                                                                                                                                                                                                      | TELÉFONO: 3118530767                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | CIUDAD: BOGOTA                                                                     |
| Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| NO tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             | ( X )                                                                              |
| SI tomaré costos y deducciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             | ( )                                                                                |
| La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales. |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| Régimen 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| NOMBRE DEL BANCO<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLIEGABLE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                  | TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 462870045533                                    |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 4614 2025                                                                                                                                                                                                                | N° CDP:                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | N° RP:                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | CUATRO (4) MESES Y<br>DIECISIETE(17) DÍAS                                          |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2/01/2025                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE TERMINACIÓN<br>CONTRATO:                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | 30/06/2025                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | VALOR TOTAL DEL CONTRATO<br>INCLUIDO ADICIONES: 19484080                           |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 1/04/2025 AL 30/04/2025                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO EN<br>(LETRAS Y NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | S 3.036.480                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRES MILLONES TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE                                                                                                                                                          |                                                                                    |
| <div><br/>LUIS CARLOS ROJAS RODRIGUEZ<br/>1072709967<br/>3118530767</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |

## Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 10727997                       |         | ROJAS RODRIGUEZ LUIS CARLOS | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE91SURN1709 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7666960                | SI                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| Periodo                           | Clave   | Tipo                        | Fecha           |                    | Pago            |                     |                        |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Límite             | Pago            | Banco               | Días Mora              | Valor                 |           |
| 2025-03                           | 2025-03 | 399144028                   | 9484198898      | I                  | 2025/04/15      | 2025/04/09          | BANCO DAVIVIENDA       | 0                     | \$440,500 |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                             |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
|                                   | CODIGO  | NIT                         | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |           |
| EPS ADMINISTRADORAS               |         |                             |                 | 1                  | \$227,800       | \$0                 | \$0                    | \$227,800             |           |
| COLAEM                            | 25-14   | 900,336,004                 | 7               | 1                  | \$227,800       | \$0                 | \$0                    | \$227,800             |           |
| ARL ADMINISTRADORAS               |         |                             |                 | 1                  | \$34,700        | \$0                 | \$0                    | \$34,700              |           |
| COLAENA                           | 14-25   | 800,226,175                 | 3               | 1                  | \$34,700        | \$0                 | \$0                    | \$34,700              |           |
| EPS (ADMINISTRADORAS)             |         |                             |                 | 1                  | \$178,000       | \$0                 | \$0                    | \$178,000             |           |
| ALIANZA UD EPS (ANDES COLAEDICA)  | EP5001  | 830,113,831                 | 0               | 1                  | \$178,000       | \$0                 | \$0                    | \$178,000             |           |
|                                   |         |                             |                 | 1                  | \$440,500       | \$0                 | \$0                    | \$440,500             |           |