

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN<br>DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | CÓDIGO: AP-1A-FT-977<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | 80.801.542                                              |                      |
| I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                | PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH".                                                                                                                                                                         |                      |                                           |                                                         |                      |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                               | PS 5811 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | FECHA INICIO CONTRATO                     | 10/12/2024                                              |                      |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                          | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2.011.404            | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                | TREINTA (30) DÍAS                                       |                      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                        | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11.201.928           | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$                                                      | 2.009.340            |
| Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                      | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nº CRP:              | 51009                                     | Nº CDP:                                                 | 4124                 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                         | CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DÍAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                           |                                                         |                      |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                          | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                           |                                                         |                      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                              | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES                                 | 4                                                       | PRORROGAS            |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    | \$ 1.816.752                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:   | 36                                        | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 7635                 |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    | \$ 4.022.808                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:   | 326                                       | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 10399                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    | \$ 2.011.404                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:   | 1036                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 12847                |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                    | \$ 1.339.560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CDP DE LA ADICIÓN:   | 1366                                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                      | 16092                |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | TIEMPO PRORROGADO:                                      | VEINTITRES (23) DÍAS |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | TIEMPO PRORROGADO:                                      | DOS (2) MESES        |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | TIEMPO PRORROGADO:                                      | TREINTA (30) DÍAS    |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           | TIEMPO PRORROGADO:                                      | DIECINUEVE (19) DÍAS |
| III. POLIZAS                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                      | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO                   |                                           | X                                                       |                      |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                       | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | FECHA DE APROBACIÓN:                      |                                                         |                      |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                           |                                                         |                      |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente                                                                                                                                                               |                      |                                           |                                                         |                      |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | Realice las entregas y recibos de turno de manera presencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                           |                                                         |                      |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia.                                                                                                                                           |                      |                                           |                                                         |                      |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. |                      |                                           |                                                         |                      |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria                                       |                      |                                           |                                                         |                      |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |                                                         |                      |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                           |                                                         |                      |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |                                                         |                      |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                           |                                                         |                      |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehiculos de emergencia                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                           |                                                         |                      |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | Informe y registre oportunamente los datos críticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                           |                                                         |                      |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | Reporté y registre los sucesos de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                           |                                                         |                      |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades                                                                                                                         |
| 14 | Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo                                                                                                                                                                                                    |
| 15 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades                                                                                                         |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o asegurado                                                                                                                           |
| 17 | Aplicué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional                                                                                                                           |
| 18 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos                                                                                                                                                      |
| 19 | Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad                                                                                                                                                                                  |
| 20 | Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios |
| 21 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                    |

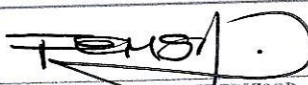
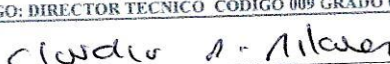
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |                 |               |              |         |
|----------------------------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------|
| No. DE PLANILLA:                             | 1072703724      | OPERADOR:     | SIMPLE       |         |
| CONCEPTO DEL PAGO                            | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |         |
| SALUD:                                       | COMPENSAR       | 14/05/2025    | \$           | 178.000 |
| PENSIÓN:                                     | COLFONDOS       | 14/05/2025    | \$           | 227.800 |
| OTRO                                         | INTERES DE MORA | 14/05/2025    | \$           | 1.000   |
| OTRO                                         | CCF COMPENSAR   | 14/05/2025    | \$           | 28.500  |
| TOTAL PAGADO                                 |                 |               | \$ 435.300   |         |

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

| VII. ANEXOS                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                        |  |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente |  |

*Armando Ramirez*  
ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         |                                                         |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
|  SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>Y DE APOYO A LA GESTIÓN |                                                                         | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |              |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                         |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                                                         |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN                                           | CC:                                                     | 80801542     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | eriksonramirez@hotmail.com                                              | RUT (NIT):                                              | 80801542-9   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | CL 161 106 24                                                           | TELÉFONO:                                               | 3118394533   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         | CIUDAD:                                                 | BOGOTÁ D.C.  |
| 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                                                                                      |                                                                         |                                                         |              |
| Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00163 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación                                                                        |                                                                         | SI ( )                                                  | NO (X)       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | DAVIVIENDA                                                              | TIPO DE CUENTA:                                         | AHORROS      |
| NOMBRE DEL BANCO<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLIEGABLE)                                                                                                                                                                                 |                                                                         | Nº CUENTA:                                              | 007380613476 |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                         |              |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5811 2024                                                            | Nº CDP:                                                 | 1366         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                         | Nº RP:                                                  | 16092        |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 10/12/2024                                                              | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                          | 31/05/2025   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025                                            |                                                         |              |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)                                                                                                                                                                                              | \$ 2.009.340<br>DOS MILLONES NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE |                                                         |              |
| <br>ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN<br>C.C. 80801542<br>cel: 3118394533                                                                                                                    |                                                                         |                                                         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                   |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y 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                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                           | ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN |                                                         |  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                           | 88.801.542                    |                                                         |  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                               |  | PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH".          |                               |                                                         |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                              |  | PS 5811 2024                                                                                                                                                                                                              |                               | FECHA INICIO CONTRATO                                   |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                         |  | \$                                                                                                                                                                                                                        |                               | 2.011.404                                               |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                       |  | \$ 11.201.928                                                                                                                                                                                                             |                               | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.009.340  |  |
| N° PAGO / N° DE INFORME:                                                                                                                                                                                                           |  | (6 DE 6)                                                                                                                                                                                                                  |                               | N° CRP INICIAL: 51009 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 4124  |  |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                            |  | CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS                                                                                                                                                                                         |                               |                                                         |  |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                        |  | 1072703724                                                                                                                                                                                                                |                               | OPERADOR: SIMPLE                                        |  |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                    |  | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APH"                                                                                                                                                                      |                               |                                                         |  |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                      |  | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                         |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                             |  | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                        |                               |                                                         |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
| N° DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                |  | 4                                                                                                                                                                                                                         |                               | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):              |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |  | \$ 1.816.752                                                                                                                                                                                                              |                               | ADICION (4) PRORROGA (4)                                |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |  | \$ 4.022.808                                                                                                                                                                                                              |                               | TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS                 |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |  | \$ 2.011.404                                                                                                                                                                                                              |                               | TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES                        |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |  | \$ 1.339.560                                                                                                                                                                                                              |                               | TIEMPO PRORROGADO: TREINTA (30) DIAS                    |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                   |  | \$ 1.339.560                                                                                                                                                                                                              |                               | TIEMPO PRORROGADO: DIECINUEVE (19) DIAS                 |  |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?                                                                                                                                                                                                     |  | SI                                                                                                                                                                                                                        |                               | NO X                                                    |  |
| N° DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                      |  | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                         |  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                 |  | ACTO ADMINISTRATIVO DE                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                         |  |
| 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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/05/2025) AL (31/05/2025) |  |                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                                         |  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                     |  | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                      |                               |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                    |  | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ<br>PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH                    |                               |                                                         |  |



Fecha creación reporte: 2025-05-14 07:21:59 PM

Período Contabilizado:

### LOS DATOS DEL APORTANTE

#### 4. DETALLE DEL APORTANTE

TOTALSPágina 1 de 2

