

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN |                           |                                                      |                                     | CÓDIGO: AP-IA-FI-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><b>EDER HENRY LIZCANO DAZA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           | 79.348.173                                           |                                     |                                                         |               |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                     |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               | PS 4865 2025              |                                                      | FECHA INICIO CONTRATO               |                                                         | 13/02/2025    |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$                                                                                                                                                                                                            | 4.812.288                 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO                           | DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS |                                                         |               |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$                                                                                                                                                                                                            | 7.750.560                 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:            |                                     | \$ 1.850.880                                            |               |
| N° DE INFORME:                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3                                                                                                                                                                                                             | N° CRP:                   | 10985                                                | N° CDP:                             | 433                                                     |               |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4 MESES Y 17 DIAS                                                                                                                                                                                             |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA                             |                                     |                                                         |               |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           | NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |                                     |                                                         |               |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:                                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TIPO DE MODIFICACIÓN                                                                                                                                                                                          | ADICIONES                 | 1                                                    | PRORROGAS                           | 1                                                       |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   | \$ 2.938.272                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            | 1265                      | CRP DE LA ADICIÓN:                                   | 15970                               | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    | DOS (2) MESES |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                            |                           | CRP DE LA ADICIÓN:                                   |                                     | TIEMPO PRORROGO ADO:                                    |               |
| 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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                                                              |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 1                                                                                                                  | Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. / 192 Horas para el mes de Mayo 2025                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 2                                                                                                                  | Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. ( recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería. |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 3                                                                                                                  | Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 4                                                                                                                  | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 5                                                                                                                  | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 6                                                                                                                  | Diligenciar 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.   |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 7                                                                                                                  | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 8                                                                                                                  | Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.                                                            |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 9                                                                                                                  | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 10                                                                                                                 | Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 11                                                                                                                 | Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.                             |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 12                                                                                                                 | Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 13                                                                                                                 | Se Portio el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |
| 14                                                                                                                 | Se solicita, Alista, entrega, custodia y retoma limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                      |                                     |                                                         |               |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | Se cumplió con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de                                                                                      |
| 16 | Se recepción, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado                                                                             |
| 17 | Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.                                                                                                      |
| 18 | Se realiza limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfección terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.                                                                                                          |
| 19 | Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.                                                                                                                                     |
| 20 | Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.                                                                                                                     |
| 21 | Se realiza la revisión diaria del inventario correspondiente al área.                                                                                                                                                                                |
| 22 | Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.                                                                                                     |
| 23 | Se realiza el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.                                                                                                                                                                      |
| 24 | Se realiza la participación en las reuniones y capacitaciones programadas.                                                                                                                                                                           |
| 25 | Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado. |

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

|                    |            |               |              |
|--------------------|------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | 1072595541 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD    | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | COMPENSAR  | 12/05/2025    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:           | COLFONDOS  | 12/05/2025    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA       | 12/05/2025    | \$ 34.700    |
| OTRO               | CCF        | 12/05/2025    | \$ -         |
| TOTAL PAGADO       |            |               | \$ 440.500   |

#### VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibe 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 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

#### VII. ANEXOS

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

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

EDER HENRY LIZCANO DAZA

C.C: 79348173

CEL: 3142779389



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

|                      |                         |            |            |
|----------------------|-------------------------|------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | EDER HENRY LIZCANO DAZA | CC:        | 79348173   |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | helryliz3198@gmail.com  | RUT (NIT): |            |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 53 SUR 82A 19        | TELÉFONO:  | 3142779389 |
|                      |                         | 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:                                                                   |  | TIPO DE CUENTA: |  | N° CUENTA: |  |
| NOMBRE DEL BANCO<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLEGABLE) |  |                 |  |            |  |

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

|                          |              |                                   |      |            |       |                                                                  |
|--------------------------|--------------|-----------------------------------|------|------------|-------|------------------------------------------------------------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 4865 2025 | N°. CDP:                          | 1265 | N°. RP:    | 15970 | PLAZO DEL CONTRATO<br>INCLUIDAS PRORROGAS : 4<br>MESES Y 17 DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 13/02/2025   | FECHA DE TERMINACIÓN<br>CONTRATO: |      | 30/06/2025 |       | VALOR TOTAL DEL CONTRATO<br>INCLUIDO ADICIONES: 7750560          |

|                                                                                            |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                   | DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025                                                             |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL<br>PERIODO OBJETO DE COBRO<br>EN<br>(LETRAS Y NUMEROS) | \$ 1.850.880 ✓<br>UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ✓ |

EDER HENRY LIZCANO DAZA

79348173

3142779389

|                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                       |  | 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:<br>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                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| EDER HENRY LIZCANO DAZA                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79.348.173                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                   |  | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                                 |  |                                                       |  |                                                            |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                  |  | PS 4865 2025                                                                                                                                                                                                              |  | FECHA INICIO CONTRATO                                 |  | 13/02/2025                                                 |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                           |  | \$ 3                                                                                                                                                                                                                      |  | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:             |  | \$ 1.850.880                                               |  |
| N° PAGO / N° DE INFORME:                                                                                                                                                                                               |  | 3                                                                                                                                                                                                                         |  | N° CRP INICIAL:                                       |  | 10985                                                      |  |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                |  | 4 MESES Y 17 DIAS                                                                                                                                                                                                         |  |                                                       |  |                                                            |  |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                            |  | 1072595541                                                                                                                                                                                                                |  | OPERADOR:                                             |  | SIMPLE                                                     |  |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                        |  | ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                |  |                                                       |  |                                                            |  |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                          |  | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA                                                                                                                                                                                                  |  |                                                       |  |                                                            |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                 |  | NATALY DUQUE SALAZAR                                                                                                                                                                                                      |  |                                                       |  |                                                            |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| N° DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                    |  | N° 1                                                                                                                                                                                                                      |  | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):            |  | N° 1                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  | \$ 2.938.272                                                                                                                                                                                                              |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  | 1265                                                       |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  | 15970                                                      |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                    |  |                                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | RP DE LA ADICIÓN:                                     |  |                                                            |  |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| N° 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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/05/2025 al 31/05/2025 |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                       |  |                                                            |  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | NATALY DUQUE SALAZAR<br>Enfermero Codigo 243 Grado 20 |  |                                                            |  |



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-12, 12:20:25 PM

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1072595541

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

Referencia pago (PIN): 8823136129

PAGADO 12/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

S DEL APORTANTE

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Apellido y Nombre  | EDER HENRY LIZCANO DAZA |
| Identificación     | CC79348173              |
| Empresa            | INDEPENDIENTE           |
| Persona            | NATURAL                 |
| Departamento       | BOGOTA D.C.             |
| Dirección          | CLL 53 SUR N 82A - 19   |
| Teléfono           | 3108118381              |
| Forma Presentación | ÚNICO                   |
| Departamento       | BOGOTA D.C.             |
| Identificación     | ARP                     |
| Ante Legal         | 1                       |
| Ante Legal         | ARL SURA                |

DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                 |                  | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |         |         | Salud   |         | Riesgos        |             |                | Cajas          |                |                |                | Parafiscales   |                | Total          |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |  |
|--------------------|-----------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|---------|---------|---------|---------|----------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| Apellido y Nombre  | Tipo Cotización | Saldo Cotización | RET       | TDE | TAE | TAP | VIS | VST | SLM | LMA | VAC | AVP | VCT       | DMS AFP | DMS AFP | DMS AFP | DMS AFP | Administradora | IBC Pension | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora |  |

DETALLES

| IBIC Salud   | IBIC Riesgos | IBIC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Aportes Licencias, Saldo a Favor EPS | Incapacidades, ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0       | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                 | \$ 0               | \$ 440.500                     | \$ 0                    | \$ 440.500  |



