

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</div>                                                                                              |  | <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br/>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div> |                                |         |            | <div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 5</div> <div>FECHA: 2024-09-09</div> |                                                                                |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                            |  | YEFERSON BOADA DIAZ                                                                                                                                                                                                  |                                |         | CC:        |                                                                                    | 1032483010                                                                     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                             |  | YEFERSONBOADADIAZ@GMAIL.COM                                                                                                                                                                                          |                                |         | TELÉFONO:  |                                                                                    | 3203669634                                                                     |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                            |  | KR 11A ESTE 42B 53 SUR                                                                                                                                                                                               |                                |         | CIUDAD:    |                                                                                    | BOGOTA                                                                         |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                        |  | BANCO DAVIVIENDA S.A.                                                                                                                                                                                                | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS | N° CUENTA: |                                                                                    | 488441321368                                                                   |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                |  | PS 5792 2025                                                                                                                                                                                                         | N° CDP:                        | 2295    | N°. RP:    | 0                                                                                  | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: UNO (1) MESES Y QUINCE (15)<br>DÍAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 2025/06/17                                                                                                                                                                                                           | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: |         | 2025/08/01 |                                                                                    |                                                                                |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                        |  | DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31                                                                                                                                                                                         |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO                                                                                                                                                                                                                  |  | \$ 2.222.946                                                                                                                                                                                                         |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |
| <div><div>YEFERSON BOADA DIAZ<br/>PS_5792_2025_269A21</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>YEFERSON BOADA DIAZ</div> <div>CC: 1032483010</div> <div>CEL: 3203669634</div> |  |                                                                                                                                                                                                                      |                                |         |            |                                                                                    |                                                                                |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
YEFERSON BOADA DIAZ

CON C.C N° 1.032.483.010

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 775548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5792 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/06/17 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |   |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.260.321 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|

|                                              |              |                                           |              |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 6.446.543 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.222.946 |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UNO (1) MESES Y QUINCE (15) DÍAS |
|-----------------------------------------|----------------------------------|

|                                               |                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ |
|------------------------|----------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Para el mes de Agosto se elaborar programación diaria de traslado de usuarios de acuerdo con la demanda de servicio, digitar, registrar y consolidar los informes mensuales y finales del programa ruta saludable                                                                                                                                                |
| 2  | Para el mes de Agosto 2025 se contribuye con el proceso de recepción de llamadas para programación o cancelación de traslados de los usuarios y de igual forma apoyar el agentamiento de citas solicitadas por los demás colaboradores del programa ruta saludable en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio.                       |
| 3  | Para el mes de Agosto 2025 manejo y control del archivo interno del programa Ruta de la Salud con entrega al coordinador del consolidado de indicadores de gestión al programa.                                                                                                                                                                                  |
| 4  | Para el mes de Agosto 2025 se realiza control, recepción y organización de los insumos dados para el programa ruta de la salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.                                                                                                                                                                      |
| 5  | Para el mes de Agosto 2025 se lleva a cabo las demás que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 775548 de 2025 Programa Ruta de la Salud.                                                                                                                                                                               |
| 6  | Para el mes de Agosto 2025 se asiste a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas                                                                                                          |
| 7  | Para el mes de Agosto se viste adecuadamente los elementos de identificación y portar el carné institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).                                                                                                                                                         |
| 8  | Para el mes de Agosto 2025 se desarrollan las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.                                        |
| 9  | Para el mes de Agosto 2025 se realiza diligenciamiento de los formatos y aplicativos requeridos desde la oficina de atención al usuario y programa ruta de la salud, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia                                                                                                                      |
| 10 | Para el mes de Agosto 2025 Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante los recorridos o en los Centros de Salud y Hospitales que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E; de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato. |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS  
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

|      |                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |
| 3    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                                                                      | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?                                        | X  |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                                                                                    | X             |              |
| Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u></b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° 88361643                                                                                                                                                                                                                                      | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | COMPENSAR                                                                                                                                                                                                                                        | 2025/08/22    | \$ 180.000   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROTECCION                                                                                                                                                                                                                                       | 2025/08/22    | \$ 230.300   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                  | 2025/08/22    | \$ 35.100    |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |               | \$ 445.400   |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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 período correspondiente                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |               |              |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>YEFERSON BOADA DIAZ<br/>PS_5792_2025_269A21</div></div> <div>YEFERSON BOADA DIAZ</div> <div>CC: 1032483010</div>                                      |               |              |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS<br/>PS_5792_2025_269A21</div></div> <div>LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>                |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ<br/>PS_5792_2025_269A21</div></div> <div>SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |               |              |