

|                                                                |                               |                                |            |            |              |                                                            |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------|------------|--------------|------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                          |                               |                                |            |            |              |                                                            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)                        |                               |                                |            |            |              |                                                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                           | JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS |                                |            | CC:        | 1023908143   |                                                            |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                            | JJVERDUGOC17@GMAIL.COM        |                                |            | TELÉFONO:  | 3022624191   |                                                            |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                           | CL 20 A SUR 7 39              |                                |            | CIUDAD:    | BOGOTA       |                                                            |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A.         | TIPO DE CUENTA:                | AHORROS    | N° CUENTA: | 008480371072 |                                                            |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO          |                               |                                |            |            |              |                                                            |
| N° DEL CONTRATO:                                               | PS 2810 2025                  | N° CDP:                        | 2463       | N°. RP:    | 0            | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: NUEVE (9) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/01/01                    | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/09/01 |            |              |                                                            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30  |                                |            |            |              |                                                            |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO | \$ 2.672.026                  |                                |            |            |              |                                                            |



JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS  
PS\_2810\_2025\_732E8C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS  
CC: 1023908143  
CEL: 3022624191

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS

CON C.C N° 1.023.908.143

|                      |                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2810 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |   |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 8.016.078 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|----------------------------|--------------|----------------------|---|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 26.720.260 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.672.026 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | NUEVE (9) MESES |
|-----------------------------------------|-----------------|

|                                               |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS |
|-----------------------------------------------|-------------------|

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | RONALD AGUILAR GOMEZ |
|------------------------|----------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | Genere reporte semanal del detallado de facturación y ordenes de salidas del día inmediatamente anterior, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue consolidado en el DRIVE-el cual está en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com                                                               |
| 2 | Verifique que lo facturado cuente con las autorizaciones según los servicios prestados, y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinámica Gerencial-Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida |
| 3 | Reporte diariamente al área de facturación los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar los cuales fueron reportados al correo auditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co                                                                    |
| 4 | Verifique que se encuentren los soportes administrativos de la revisión de las bases de datos (DNP, ADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS, LMA, COMPENSADOS VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB.                                                                                                                                           |
| 5 | Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistencia (Autorizaciones), esto con el fin de que se subsanen por parte de las unidades                                                                                                                                                                                 |
| 6 | Asistí a las capacitaciones y reuniones programadas por el área y/o las instituciones como HUMANIZACION                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7 | Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8 | Adjunte soportes de gestión de autorizaciones (Urgencias, Estancias y/o Procedimientos), de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalización y/o de programación de procedimientos ambulatorios en Dinámica Gerencial.                                                                                                                   |

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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                   |               |               |              |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:  | N° 7983211611 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:            | COMPENSAR     | 2025/09/12    | \$ 178.300   |
| PENSIÓN:          | PORVENIR      | 2025/09/12    | \$ 228.100   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                     | 2025/09/12 | \$ 34.800  |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |            | \$ 441.200 |
| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div><i>JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS</i><br/><i>PS_2810_2025_732E8C</i></div> <hr/> <b>JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS</b><br><b>CC: 1023908143</b> |            |            |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <div><i>YENI ROCIO AVILA RONDON</i><br/><i>PS_2810_2025_732E8C</i></div> <hr/> <b>YENI ROCIO AVILA RONDON</b><br><b>SUPERVISOR ALTERNO</b>         |            |            |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i><br/><i>PS_2810_2025_732E8C</i></div> <hr/> <b>RONALD AGUILAR GOMEZ</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>        |            |            |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                                                                                                                                                             |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                                                                                                                                              |  |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>BOGOTÁ-DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:<br>CALLE 22 A SUR N.º 7-39 TELÉFONO:<br>02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:<br>PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:<br>ÚNICO<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBSF (REFORMA TRIBUTARIA). |  | NÚMERO PLANILLA:<br>7983211611<br>PERÍODO COTIZACIÓN OTROS<br>DIAS DE MORA:<br>281149<br>I-INDEPENDIENTE<br>Otro: trabajos de edicón.<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN:<br>2023509/12 |  |
| CÓDIGO: 200301                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | MES: agosto AÑO: 2025                                                                                                                                                       |  |
| NOMBRE: JEMMY JOHANA VERDUGO CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                       |  | MES: agosto AÑO: 2025                                                                                                                                                       |  |
| DIRECCIÓN: BOGOTÁ-DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:<br>CALLE 22 A SUR N.º 7-39 TELÉFONO:<br>02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:<br>PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:<br>ÚNICO<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBSF (REFORMA TRIBUTARIA).                                         |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:<br>2023509/12                                                                                                                                          |  |
| TPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:                                                                                                                                                        |  |
| TPO EMPRESA: PRIVADA                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:                                                                                                                                                        |  |
| TPO ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO                                                                                                                                                                                                                                                            |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:                                                                                                                                                        |  |
| TPO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBSF (REFORMA TRIBUTARIA).                                                                                                                                                                                                            |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:                                                                                                                                                        |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                | TOTAL APORTES A SALUD |       | TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |       |
|-------------------------|----------------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
| CÓDIGO                  | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN            | VALOR | VALOR                                         | VALOR |
| 200301                  | 1              | \$ 227.800            | \$ 0  | \$ 0                                          | \$ 0  |
| SUB-TOTALES:            |                |                       |       |                                               |       |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                | TOTAL APORTES A SALUD |       | TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |       |
|-------------------------|----------------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
| CÓDIGO                  | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN            | VALOR | VALOR                                         | VALOR |
| 200301                  | 1              | \$ 227.800            | \$ 0  | \$ 0                                          | \$ 0  |
| SUB-TOTALES:            |                |                       |       |                                               |       |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                | TOTAL APORTES A SALUD |       | TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |       |
|-------------------------|----------------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
| CÓDIGO                  | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN            | VALOR | VALOR                                         | VALOR |
| 200301                  | 1              | \$ 227.800            | \$ 0  | \$ 0                                          | \$ 0  |
| SUB-TOTALES:            |                |                       |       |                                               |       |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                | TOTAL APORTES A SALUD |       | TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |       |
|-------------------------|----------------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
| CÓDIGO                  | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN            | VALOR | VALOR                                         | VALOR |
| 200301                  | 1              | \$ 227.800            | \$ 0  | \$ 0                                          | \$ 0  |
| SUB-TOTALES:            |                |                       |       |                                               |       |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                | TOTAL APORTES A SALUD |       | TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |       |
|-------------------------|----------------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
| CÓDIGO                  | NO. COTIZANTES | COTIZACIÓN            | VALOR | VALOR                                         | VALOR |
| 200301                  | 1              | \$ 227.800            | \$ 0  | \$ 0                                          | \$ 0  |
| SUB-TOTALES:            |                |                       |       |                                               |       |

TOTAL PAGADO: \$ 469.800