

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                  |         |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                  |         |              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                      | RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ  |                                                  |         | CC:          | 19597287     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                       | ARAMIREZCRUZ78@HOTMAIL.COM   |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3125545005   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                      | CL 29 50 83                  |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 004400156560 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                          | PS 1952 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.100.000 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                  | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/09/01   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                  | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |              |              |
| <div><div>RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ<br/>PS_1952_2025_F97207</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ<br/>CC: 19597287<br/>CEL: 3125545005</div> |                              |                                                  |         |              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ

CON C.C N°19.597.287

|                      |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1952 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/01/01   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 5.927.856    | No. HORAS EJECUTADAS                      | 0            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 20.851.142   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.100.000 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | NUEVE (9) MESES |                                           |              |

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA            |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN |

| 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    | Se reciben los insumos de acuerdo a los pedidos enviados por correo por el área de abastecimiento                                                                                                                                                                            |
| 2    | Se recepcionan los diferentes insumos y medicamentos, posteriormente se organizan en estanterías dependiendo el grupo y así mismo se va determinando la rotación                                                                                                             |
| 3    | Se realizan las entregas de los productos que requieren las áreas y servicios de la respectiva unidad de acuerdo con las solicitudes.                                                                                                                                        |
| 4    | Se realiza entrega a cada una de las áreas administrativas, servicios y farmacias de Victoria, localidad RUU, San Cristobal, Antonio Nariño y componente de Salud Pública según ordenes de despacho, verificando lotes, fechas de vencimiento, invima en los cuales aplique. |
| 5    | Se realiza inventario mensual de insumos y elementos del Subalmacen con el fin de garantizar existencias contra físico.                                                                                                                                                      |
| 6    | Se organiza la documentación de entrega de insumos como son Ordenes de despachos.                                                                                                                                                                                            |
| 7    | Se organiza y limpian los estantes, los medicamentos y medico quirurgico en sus respectivos sitios                                                                                                                                                                           |
| 8    | Se realiza entrega de informe mensual de las actividades al supervisor del contrato para certificacion en el cumplimiento de las mismas.                                                                                                                                     |
| 9    | Se realiza recepcion tecnica administrativa, verificacion de lote, fecha de vencimiento, registro invima, temperatura en los que aplique y cantidades.                                                                                                                       |
| 10   | Se realiza Toma Física de inventario vigencia 2025-Almacen Principal Santa Clara, Subalmacen La Victoria y San Blas dando cumplimiento a la Circular No. 17 del 1 de Octubre 2025.                                                                                           |

III. 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |                 |               |                  |
|-----------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 9492654233   | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:                                        | SANITAS         | 2025/10/10    | \$ 178.000       |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR        | 2025/10/10    | \$ 227.800       |
| RIESGOS LABORALES:                            | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/10    | \$ 34.700        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | \$ 440.500                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 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 afiliación a eps, arl, pensión, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |  |                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| VII. ANEXOS<br>(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><i>RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ</i><br/><i>PS_1952_2025_F97207</i></div><div>RAMIRO ANTONIO RAMIREZ CRUZ<br/>CC: 19597287</div></div>                     |  |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <div><div><i>JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ</i><br/><i>PS_1952_2025_F97207</i></div><div>JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ<br/>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>             |  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <div><div><i>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN</i><br/><i>PS_1952_2025_F97207</i></div><div>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                       |                     |                 |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento | Teléfono        | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 19597287                       |         | RAMIREZ CRUZ RAMIRO ANTONIO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 39 a. 29 a sur 73 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6416089         | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                       |                     |                 |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                       |                 | Tipo               | Fecha                 |                     | Pago            |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Planilla           | Limite                | Pago                | Banco           | Dias Mora             | Valor     |
| 2025-09                           | 2025-09 | 1000000905                  | 9492654233      | I                  | 2025/10/21            | 2025/10/10          | BANCO DE BOGOTA | 0                     | \$449,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |                |        |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |         |      |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|---------|------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION        |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |       |             |             | RIESGOS |      |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo         | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días  | IBC         | Aporte      | Codigo  | Días | IBC         | Aporte      | Días         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |                |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,423,500 | \$8,600     |         |      | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |                |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,423,500 | \$8,600     |         |      | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |                |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,423,500 | \$8,600     |         |      | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 19597287 | RAMIREZ RAMIRO | 230301 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS005 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 | CCF22 | 30          | \$1,423,500 | \$8,600 | 14-7 | 30          | \$1,423,500 | \$34,700     | 30  | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |                |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,423,500 | \$8,600     |         |      | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                       |                     |                 |                       |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento | Teléfono        | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 19597287                       |         | RAMIREZ CRUZ RAMIRO ANTONIO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 39 a. 29 a sur 73 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6416089         | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                       |                     |                 |                       |
| Periodo                           |         | Clave                       | Tipo            | Fecha              |                       | Pago                |                 |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Planilla           | Limite                | Pago                | Banco           | Valor                 |
| 2025-09                           | 2025-09 | 1000000905                  | 9492654233      | I                  | 2025/10/21            | 2025/10/10          | BANCO DE BOGOTA | \$449,100             |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,700        | \$0            | \$0                    | \$34,700      |
| SEGUROS BOLIVAR          | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$34,700        | \$0            | \$0                    | \$34,700      |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$8,600         | \$0            | \$0                    | \$8,600       |
| COLSUBSIDIO              | CCF22  | 860,007,336 | 1  | 1         | \$8,600         | \$0            | \$0                    | \$8,600       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$449,100       | \$0            | \$0                    | \$449,100     |