

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO  |                                                  |         | CC:          | 1143364518 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | MGBLANCO20@GMAIL.COM         |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3053780947 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 15 56 58                  |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | BBVA COLOMBIA                | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 887064962  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5803 2024                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 6.922.920 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 2024/12/10                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO<br/>PS_5803_2024_AC722B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO<br/>CC: 1143364518<br/>CEL: 3053780947</div> |                              |                                                  |         |              |            |

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

MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO

CON C.C N°

1.143.364.518

|                      |                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5803 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 2024/12/10 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |     |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 6.706.230 | No. HORAS EJECUTADAS | 186 |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 72.478.595 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.922.920 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | ONCE (11) MESES |
|-----------------------------------------|-----------------|

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

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ |
|------------------------|----------------------------------|

|      |                                                                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 24. REALIZAR EL PREOPERACIONAL DEL EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO Y EQUIPOS DE APOYO DIAGNÓSTICO.ADOPTAR LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA CABAL EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES: 5 |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | 2. GARANTIZAR EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (FÍSICA Y/O DIGITAL) SEGÚN CRITERIOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE, ADEMÁS DE ESTABLECER ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y DE MEJORA A LA ADHERENCIA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA: 12 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                                                                                                                                                                |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | 18. REGISTRAR TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN: 3 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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° 1075575635 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | NUEVA EPS     | 2025/10/12    | \$ 333.000   |
| PENSIÓN:           | PROTECCION    | 2025/10/12    | \$ 426.200   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2025/10/12    | \$ 0         |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 759.200   |

# V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 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



MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO

PS\_5803\_2024\_AC722B

MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO

CC: 1143364518

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ

PS\_5803\_2024\_AC722B

CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS\_5803\_2024\_AC722B

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO