

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | LINA MARCELY REYES BUITRAGO  |                                                  |         | CC:          | 1033746153  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | marcelareyes3192@gmail.com   |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3142558904  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 10 ESTE 80 20 SUR         |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | BANCO CAJA SOCIAL            | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 24142577316 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5808 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.500.008 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025/06/20                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                  |         |              |             |
| <div><div>LINA MARCELY REYES BUITRAGO<br/>PS_5808_2025_816B6C</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>LINA MARCELY REYES BUITRAGO<br/>CC: 1033746153<br/>CEL: 3142558904</div> |                              |                                                  |         |              |             |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
LINA MARCELY REYES BUITRAGO

CON C.C N° 1.033.746.153

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024 |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |              |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5808 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/06/20   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 5.916.686    | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 10.000.032   | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.500.008 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | CINCO (5) MESES |                                           |              |

|                                               |                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA      |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO |

| 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 LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES.                                                         |
| 2    | ASEGURA QUE LA INFORMACION DE LOS USURIOS ATENDIDOS EN EL CAPS SEA REGISTRADA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL CENTRO                                                                                                                                                                                                                        |
| 3    | IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA                                                                                                                            |
| 4    | REVISAR EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL USUARIO EN EL SISTEMA PAI WEB 2.0 REALIZANDO DEMANDA INDUCIDA PARA EL AGENDAMIENTO DE CADA PACIENTE, SE ORGANIZA JORNADAS DE VACUNACION DENTRO DEL CAPS SE ASEGURA LA ACTUALIZACION Y COBERTURA COMPLETA DE BIOLOGICOS.EN CASO DE ENCONTRARREGISTROS INCOMPLETOS SE INFORMA AL PROFESIONAL DE PAI PARA SU CORRECCION. |
| 5    | REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.                                                                                                                                                                                                    |
| 6    | LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN LOS ESTANDARES.                                                                                                                                                                                                         |
| 7    | ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 8    | REALIZAR VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.                                                                                                                                                                                |
| 9    | REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 10   | AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO                                                                                                                       |

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 <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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                         |               |              |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                         |               |              |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N° 90213488                                                                                                                                                                                                             | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                 | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SALUD TOTAL                                                                                                                                                                                                             | 2025/10/14    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROTECCION                                                                                                                                                                                                              | 2025/10/14    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SURA                                                                                                                                                                                                                    | 2025/10/14    | \$ 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.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |               |              |
| 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 ningun 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>LINA MARCELY REYES BUITRAGO<br/>PS_5808_2025_816B6C</div> <div>LINA MARCELY REYES BUITRAGO</div> <div>CC: 1033746153</div>        |               |              |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO<br/>PS_5808_2025_816B6C</div> <div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |               |              |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |                       |              |                            |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|----------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN             | TELÉFONO     | CORREO                     | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1033746153        | LINA MARCELY REYES BUITRAGO | camera 10 este #80-20 | 2331721      | marcelareyes3192@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO         |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |                       | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD        |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1       0       |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR   |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 14/10/2025               | 90213488        | \$440.500       |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                 |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 230201          | Proteccion (IN3 + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 227.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 440.500                             | 440.500       |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                             |                       |               |                            |                                           |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN             | TELÉFONO      | CORREO                     | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1033746153         | LINA MARCELY REYES BUITRAGO | camera 10 este #80-20 | 2331721       | marcelareyes3192@gmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL          | CÓDIGO                | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO         |                                           |
| ÚNICA                 | 1 – Independiente  |                             |                       | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C.               |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                  |                              |                    |                        |
|----------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|
| PLANILLA<br>ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | TIPO<br>PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO<br>PLANILLA | CANTIDAD               |
|                      |                                       |                  |                              |                    | EMPLEADOS    UPC       |
|                      |                                       |                  |                              |                    | 1                    0 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                     |                  |                              |                    | TOTAL A PAGAR          |
| 2025-09              | 2025-09                               | I                | 14/10/2025                   | 90213488           | \$440.500              |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |        |      |      |              |                 |                 |                       |                 |                 |                 |                 |                 |                 |          |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                              |            |              |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|--------|------|------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|------------------------------|------------|--------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |        |      |      |              |                 |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |                 |                 |                 |                 |                 |                 |          |           |            | PENSIÓN               |                      |                                |                                 | SALUD    |         | RIESGOS LABORALES      |          |         | CCF                          |            | PARAFISCALES |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cédula | Sexo | Edad | Estado Civil | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Clase de Seguro       | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Clase de Seguro | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Seguro de Accidente | Cotización | Código CCF   | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 1033746153            | REYES BUITRAGO LINA MARCELY | 57     | 0    | 74   | N            | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | Seguro de Vida        | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | Seguro de Vida  | 233201   | 1.423.500 | 227.800    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS002  | 1.423.500              | 178.000  | 14-11   | 1.423.500                    | 3          | 34.700       |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA