

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                       |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1023973979                 |    | CABALLERO GONZALEZ JENNYFER DANIELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 71 b # 56 a sur 03 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3045621056 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor     |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1921537019 | 9494074599 | I        | 2025/11/21 | 2025/11/11 | BANCOLOMBIA | \$440,500 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |                    |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |        |      |             |          |      |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|--------|------|-------------|----------|------|
| EMPLEADO                                         |                |            |                    |        | PENSION     |             |           |        |             | SALUD       |           |      |     |        | CCF    |      |             |          |      |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo             | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Dias |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |                    |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,423,500 | \$34,700 |      |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |                    |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,423,500 | \$34,700 |      |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |                    |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,423,500 | \$34,700 |      |
| 1                                                | CC             | 1023973979 | CABALLERO JENNYFER | 230301 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS005 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 | 0    | \$0 | \$0    | 14-7   | 30   | \$1,423,500 | \$34,700 | 0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |                    |        | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |        |      | \$1,423,500 | \$34,700 |      |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                       |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1023973979                 |    | CABALLERO GONZALEZ JENNYFER DANIELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 71 b # 56 a sur 03 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3045621056 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago        |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor     |
| 2025-10                           | 2025-10 | 1921537019 | 9494074599 | I        | 2025/11/21 | 2025/11/11 | BANCOLOMBIA | 0         | \$440,500 |

| 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      |  |
| 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         | \$440,500       | \$0            | \$0                    | \$440,500     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                  |         |              |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                        | JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ |                                                  |         | CC:          | 1023973979  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                         | MAKONDO2016@GMAIL.COM               |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3045621056  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                        | DG 52A SUR 60F 10 SUR               |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                    | BANCOLOMBIA                         | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 91244119307 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 1319 2025                        | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.100.000 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025/01/01                          | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2025/10/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31        |                                                  |         |              |             |
| <div><div>JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ<br/>PS_1319_2025_46A545</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ<br/>CC: 1023973979<br/>CEL: 3045621056</div> |                                     |                                                  |         |              |             |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                       |            |
| JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                       |            |
| CON C.C N°                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           | 1.023.973.979         |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                  | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1319 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                                                                                               | DIEZ (10) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                       |            |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                         | HOSPITAL LA VICTORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                       |            |
| 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                                                                                                                                     | REPORTAR POR CORREO ELECTRONICO AL AREA DE TRABAJO SOCIAL, CUANDO SE TENGA DIFICULTAD DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS                                                                                                                  |                                           |                       |            |
| 2                                                                                                                                     | REVISE LA RESPUESTA Y SOPORTES EMITIDOS POR PARTE DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL (PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO) EN CUANTO A IDENTIFICACION O CLASIFICACION DEL PACIENTE                                                                                                                     |                                           |                       |            |
| 3                                                                                                                                     | REGISTRE Y CONFIRME LAS ORDENES DE SERVICIO DE LA CONSULTA O LA OBSERVACION DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                              |                                           |                       |            |
| 4                                                                                                                                     | REVISE EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REVISE QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGW, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS |                                           |                       |            |
| 5                                                                                                                                     | VERIFIQUE Y ADJUNTE EL SOPORTE ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE                                                                                                                                                                  |                                           |                       |            |
| 6                                                                                                                                     | EGRESE OPORTUNAMENTE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION, UNA VEZ SE NOTIFIQUE ORDEN DE SALIDA POR EL AREA ASISTENCIAL                                                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| 7                                                                                                                                     | GENERE ORDEN DE SALIDA EN SISTEMA DE INFORMACION DGW, HICE FIRMAR Y ENTREGUÉ COPIA AL USUARIO Y POSTERIORMENTE SE ADJUNTO A CARPETA DE REQUERIMIENTOS                                                                                                                                                 |                                           |                       |            |
| 8                                                                                                                                     | VERIFIQUE Y ADJUNTE LOS SOPORTES MANUALES GENERADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS AL SISTEMA DE INFORMACION DGW (ORDEN DE SALIDA, SOPORTES COMO: ELECTROCARDIOGRAMA, BANCO DE SANGRE, MONITORIAS, HOJAS DE GASTO, RECORD ANESTESIA, APLICACION DE MEDICAMENTOS ETC)                                   |                                           |                       |            |
| 9                                                                                                                                     | ELABORE FACTURA DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACION Y RECIBO DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE, ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE                                                                                                                |                                           |                       |            |
| 10                                                                                                                                    | LEGALICÉ EL DINERO RECIBIDO POR CONCEPTO DE COPAGO O CUOTA DE RECUPERACION QUE HACIERON LOS USUARIOS, EN SISTEMA DE INFORMACION Y ANTE EL AREA DE TESORERIA                                                                                                                                           |                                           |                       |            |
| 11                                                                                                                                    | REALICÉ LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNO EL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                            |                                           |                       |            |
| 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° 9492570065                                                                                                                                                                                                                                     | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SANITAS                                                                                                                                                                                                                                           | 2025/10/14    | \$ 178.000       |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                          | 2025/10/14    | \$ 227.800       |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                   | 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| VII. ANEXOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                  |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div><div>JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ</div><div>PS_1319_2025_46A545</div></div> <div>JENNYFER DANIELA CABALLERO GONZALEZ</div> <div>CC: 1023973979</div> |               |                  |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div><div>YAMILE CANO HERRERA</div><div>PS_1319_2025_46A545</div></div> <div>YAMILE CANO HERRERA</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>                           |               |                  |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                                                                                                                                                                                                               | <div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_1319_2025_46A545</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>                    |               |                  |